

**DEMANDE D'INDEMNISATION  
 DES FRAIS DE DEPLACEMENT**  
 Dispositifs de formation continue  
 Année scolaire 2024 – 2025

M.- Mme :  Prénom :

Enseignant.e à l'école de :

est convié.e au dispositif de formation suivant (un imprimé par action de formation suivie) :

|   |  |
|---|--|
| <b>Nom exact du dispositif de formation</b> | <input type="text"/>   |
| <b>Identifiant (cf PrAF) :</b>              | 24D070 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <b>N° du module (cf PrAF) :</b>             | <input type="text"/>   |
| <b>Date :</b>                               | <input type="text"/>   |
| <b>Lieu :</b>                               | <input type="text"/>   |
| <b>Horaires :</b>                           | <input type="text"/>   |

ETAT DE FRAIS DE DEPLACEMENT (à remplir par l'intéressé.e)

NUMEN :

| Lieu de départ<br>et de<br>destination | Distance aller       | Date de la mission   |                      |                      |                      | Moyen de<br>transport<br>utilisé |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------------------|
|  |                      | Départ               |                      | Retour               |                      | Transport en<br>commun           |
|  |                      | Jour                 | Heure                | Jour                 | Heure                |                                  |
| <input type="text"/>                   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>             |

Certifié exact

Fait à  le

Signature de l'intéressé.e