académie Nancy-Metz
RÉGION ACADÉMIQUE GRAND EST
MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

FRAIS DE STAGE – DIVISION DE LA FORMATION

Discipline / Domaine : ..... **Code Dispositif :** ..... **Code Module :** .....
(cf. Ordre de mission)

Réservé à l'administration
Date de saisie : ____/____/_____
Montant : _____,_____€
☐ Charges à payer à rattacher à l'exercice : _____

1- L'intéressé(e)

☐ M ☐ Mme

Nom marital _____ Nom patronymique _____ Prénom _____ Date de naissance ___/___/___ Commune et pays de naissance _____ Nationalité _____

Adresse personnelle _____ Code postal _____ Commune _____

Établissement d'affectation _____ ☐ Fonctionnaire ☐ Agent non titulaire Ville de l'établissement d'affectation _____ Grade : _____ ☐ Autre : _____ NUMEN |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

2- Véhicule personnel

Marque _____ Numéro minéralogique |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Puissance |_|_| CV N° de la police d'assurance _____ Nom de la compagnie d'assurance _____
(cf.art. 10 du décret 2006-781 du 3 juillet 2006)

Destination Ville établissement	Date départ jj/mm/aa	Date retour jj/mm/aa	Heure départ HH : mm	Heure retour HH : mm	Transport						Trajet		Distance Aller	Montant des justificatifs	Repas à la charge de l'intéressé(e)	Séjour
					Véhicule personnel	Véhicule de service	Covoituré	SNCF	SNCF déjà acheté (DAF-Rectorat)	Autre (bus...)	Simple	Aller / retour				
	__/__/__	__/__/__			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Km	___,___€	Oui Non	
	__/__/__	__/__/__			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Km	___,___€	Oui Non	
	__/__/__	__/__/__			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Km	___,___€	Oui Non	

⚠ **Important :**
- Joindre impérativement au présent état ; **l'original de l'ordre de mission** ainsi que **les originaux des titres de transport**, et si remboursement des frais d'hébergement, **l'original de la facture d'hôtel.**
- Si AED ou hors Education Nationale, joindre le **numéro de sécurité sociale** ainsi qu'un **RIB** (+ copie du **livret de famille** si compte joint, pour les **femmes mariées**).
- Pour un traitement dans les meilleurs délais, merci de renvoyer le présent état à la DiFor, **sous 8 jours**.
- Ce formulaire se limite **à trois sessions, pour la même formation :** adresser d'autres formulaires si nécessaire.

VERIFIE ET RECONNU EXACT, le responsable de la formation (Nom, prénom) .....
Signature :

Certifié exact, à _____, **le** ____/_____/_____
Signature de l'intéressé(e) :