

A retourner en 2 exemplaires, sous 8 jours, à la DIFOR2

**RECTORAT
DE L'ACADEMIE
DE NANCY-METZ
Frais de stage
DIFOR 2**

OBJET DU DEPLACEMENT :
.....
.....

CODE STAGE (dispositif) :
.....

CADRE 1 Mr Mme Mlle **NUMEN** _____

NOM MARITAL _____ **Etablissement :**

NOM PATRONYMIQUE _____ **N° code établissement :**

PRENOM _____ **FONCTIONNAIRE**

DATE DE NAISSANCE _____ **AGENT NON TITULAIRE**

COMMUNE / PAYS DE NAISSANCE : **NATIONALITE :**

SI UTILISATION D'UN VEHICULE PERSONNEL, COMPLETER LE CADRE 2 / DANS TOUTS LES CAS, COMPLETER LES CADRES 1, 3 ET 4

CADRE 2 **VEHICULE PERSONNEL**

N° de la compagnie d'assurance
(cf. art. 10 du décret 2006-781 du 3 juillet 2006)

N° de la police d'assurance

Puisance _____ CV

CADRE 3 Banque et agence
COMPTE A CREDITER N° de compte _____
Code Etablissement _____ Code guichet _____

ADRESSE PERSONNELLE _____
N° et nom de la rue _____
Code postal _____ Commune _____

N° PIECE	DESTINATION Ville Etablissement	DATE DEPART	DATE RETOUR	TRANSPORT			TRAJET		Distance Aller	Montant des justificatifs	HEURE DEPART	HEURE RETOUR	Repas payé par l'agent	Séjour
				Auto	SNCF	Autre (bus...)	Simple	Aller / retour						
VERIFIE ET RECONNU EXACT, Le responsable de la formation (Nom, prénom) (Signature)		Jour Mois Année	Jour Mois Année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Jour Mois Année	Jour Mois Année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Jour Mois Année	Jour Mois Année	Jour Mois Année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Jour Mois Année	Jour Mois Année	Jour Mois Année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Jour Mois Année	Jour Mois Année	Jour Mois Année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

certifié exact, à _____, le _____, **signature de l'intéressé(e) :** _____

IMPORTANT : JOINDRE IMPERATIVEMENT AU PRESENT ETAT : **L'ORIGINAL DE LA CONVOCATION, LES TITRES DE TRANSPORT, LA FACTURE D'HOTEL**

et, si remboursement des frais d'hébergement,