A retourner en 1 exemplaire, sous 8 jours, à la DIFOR

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

NOM PATRONYMIQUE

PRENOM

DATE DE NAISSANCE

COMMUNE / PAYS DE NAISSANCE : .....

Etablissement : .....

N° code établissement : .....

☐ FONCTIONNAIRE

☐ AGENT NON TITULAIRE

Grade : .....

☐ AUTRE : .....

NATIONALITE : .....

CADRE 2

VEHICULE PERSONNEL

Marque .....

Puissance ☐ CV

Numéro minéralogique

N° de la police d'assurance .....

Nom de la compagnie d'assurance .....

(cf. art. 10 du décret 2006-781 du 3 juillet 2006)

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

CADRE 3

COMPTE A CREDITER

Banque et agence .....

N° de compte

Code Etablissement

Code guichet

ADRESSE PERSONNELLE

N° et nom de la rue

Code postal

Commune

CADRE 4

N° PIECE	DESTINATION Ville Etablissement	DATE DEPART	DATE RETOUR	TRANSPORT Auto	TRANSPORT SNCF	TRANSPORT Autre (bus..)	TRAJET Simple	TRAJET Aller / retour	Distance Aller	Montant des justificatifs	HEURE DEPART	HEURE RETOUR	Repas payé par l'agent	Séjour
VERIFIE ET RECONNU EXACT,		Jour Mois Année	Jour Mois Année	☐	☐	☐	☐	☐			H mn	H mn	OUI NON	
Le responsable de la formation		Jour Mois Année	Jour Mois Année	☐	☐	☐	☐	☐			H mn	H mn	OUI NON	
(Nom, prénom)		Jour Mois Année	Jour Mois Année	☐	☐	☐	☐	☐			H mn	H mn	OUI NON	
(Signature)		Jour Mois Année	Jour Mois Année	☐	☐	☐	☐	☐			H mn	H mn	OUI NON	
		Jour Mois Année	Jour Mois Année	☐	☐	☐	☐	☐			H mn	H mn	OUI NON	
		Jour Mois Année	Jour Mois Année	☐	☐	☐	☐	☐			H mn	H mn	OUI NON	

certifié exact, à **,le**

signature de l'intéressé(e):

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

et, si remboursement des frais d'hébergement, ***LA FACTURE D'HÔTEL***