ACADÉMIE
DE BORDEAUX
Liberté
Égalité
Fraternité

Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap (AESH)
employés par le lycée Montesquieu de Bordeaux

FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TRANSPORT
SERVICES PARTAGÉS / FORMATION

➔ **Données concernant l'AESH demandeur**

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur
Nom d'usage : ..... Nom de naissance : .....
Prénom : ..... Date de naissance : .....
Téléphone : ..... Adresse mail : .....

Résidence personnelle
Adresse personnelle : .....
Code postal - Commune : .....

Résidence administrative (commune de l'établissement dans lequel l'agent assure la plus grande part de ses obligations de service)
PIAL de rattachement (indiquer le nom de l'établissement tête de PIAL, le RNE, le code postal et la commune)
.....
Etablissement(s) d'affectation (indiquer le(s) nom(s) des établissements, le(s) codes postaux / communes et les heures hebdomadaires exercée) :
- Nom : ..... CP/ Commune : ..... Nbre heures hebdo exercées : .....h
- Nom : ..... CP/ Commune : ..... Nbre heures hebdo exercées : .....h
- Nom : ..... CP/ Commune : ..... Nbre heures hebdo exercées : .....h

Total Nbre heures hebdo exercées : .....h

➔ **Déplacement(s) concerné(s) par la demande de remboursement de frais de transport** (renseigner une fiche mensuelle)

Déplacement(s) effectué(s) au mois de : .....

Motif Indiquer : service partagé (SP) ou formation (F)	**Date et heure de départ**	**Date et heure d'arrivée**	**Code postal et commune d'arrivée** **du lieu d'affectation en service partagé ou du lieu de formation**	**Repas** Indiquer : oui ou non

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et joins les pièces obligatoires justificatives.

A ..... **Le** ..... **Signature de l'AESH**