Dans le cas où les deux conjoints fonctionnaires peuvent prétendre au paiement de l'indemnité, chacun des deux fonctionnaires doit déposer une demande auprès de son administration.

PIECES OBLIGATOIRES POUR LES AGENTS MUTES QUELLE QUE SOIT LA SITUATION FAMILIALE

Pièces obligatoires	**Réservé à l'administration**
▪ Relevé d'identité bancaire ou postale mentionnant les **NOM ET PRENOM** de la personne déposant le dossier	
▪ Copie de l'extrait individuel de l'arrêté collectif rectoral ou de l'arrêté de mutation ou du contrat	
▪ Arrêté portant la référence du décret n°90-437 du 28/05/1990, modifié	
▪ Procès-verbal d'installation	
▪ Justificatif de domicile (facture EDF, eau, gaz, attestation d'assurance…) avant mutation, datant de moins de neuf mois à compter de la date de changement de résidence administrative	
▪ Justificatif de domicile (facture EDF, eau, gaz, attestation d'assurance…) après mutation	
▪ Photocopie de la carte grise du véhicule	

PIECES COMPLEMENTAIRES A JOINDRE EN FONCTION DE LA SITUATION FAMILIALE

Vous sollicitez la prise en charge de votre conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS	**Réservé à l'administration**
▪ Photocopie lisible du livret de famille régulièrement tenu à jour ou certificat de concubinage ou photocopie de l'attestation d'enregistrement du PACS	
▪ Avis d'imposition intégral des revenus 2024 (concubinage ou PACS : joindre les deux avis d'imposition)	
▪ Attestation de l'employeur du conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS certifiant que celui-ci ne prend pas en charge les frais du conjoint, des enfants, ni ceux de l'agent	
▪ Attestation d'inscription au Pôle Emploi et déclaration des indemnités perçues par votre conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS	
Vous sollicitez la prise en charge d'enfant(s)	
▪ Photocopie lisible du livret de famille régulièrement tenu à jour	
▪ Attestation sur l'honneur certifiant que vos enfants vivent habituellement sous votre toit	
▪ Photocopie du jugement de divorce désignant la personne ayant la garde du/des enfant(s)	
Pour les enfants de plus de 16 ans et moins de 20 ans	
▪ Certificat de scolarité ou d'apprentissage	
▪ Ou attestation d'inscription au Pôle Emploi	
Pour les enfants infirmes de plus de 16 ans	
▪ Photocopie de la carte d'invalidité	
Vous sollicitez la prise en charge d'ascendant(s)	
▪ Photocopie lisible du livret de famille régulièrement tenu à jour	
▪ Avis de non-imposition 2024	
▪ Déclaration sur l'honneur certifiant que le/les ascendant/s vit/vivent habituellement sous votre toit	

PIECES SUPPLEMENTAIRES POUR DES CAS SPECIFIQUES

Agent veuf (sans enfant)	**Réservé à l'administration**
▪ Photocopie lisible du livret de famille régulièrement tenu à jour	
Agent partant à la retraite et libérant un logement de fonction concédé par nécessité absolue de service	
▪ Arrêté de mise à la retraite	
▪ Arrêté avec référence de l'article 17c du décret n°90-437 du 28 mai 1990 modifié.	
▪ Arrêté de concession de logement	
▪ Adresse mail personnelle pour toute communication……..	

DOCUMENT A IMPRIMER OBLIGATOIREMENT EN RECTO-VERSO AU FORMAT A3

A- FRAIS DE TRANSPORT DE L'AGENT (ET DE SES AYANTS DROIT) POUR REJOINDRE SON NOUVEAU POSTE

1 – TRANSPORTS PUBLICS

	Réduction en % sur le tarif normal	Chemin de fer (1) et (2)	Autocar (2)	Bateau ou avion (2)	Observations
Agent Conjoint Enfants Ascendants TOTAL					(1) deuxième classe (2) joindre les billets originaux

2 – VOITURE AUTOMOBILE PERSONNELLE (joindre la photocopie de la carte grise)

N° immatriculation :	Puissance fiscale :	Taux des indemnités kilométriques **(T)**	
(D) Distance la plus courte entre l'ancienne et la nouvelle résidence administrative par la route	Nombre de kilomètres **(D)** : Distance référence GEOPORTAIL	5 CV et moins	**T = 0.32**
		6 et 7 CV	**T = 0,41**
Indemnité kilométrique **(D x T)** :		8 CV et plus	**T = 0,46**

B- INDEMNITE FORFAITAIRE DE CHANGEMENT DE RESIDENCE

VOLUME	Agent **14M³**	Conjoint **si les conditions de ressources sont réunies barème en vigueur au 01/07/2024** **22 M³**	Par enfant ou ascendant **3,5 M³**

CALCUL DU VOLUME		
	Agent	……
	Conjoint	……
	Enfants	……
	Ascendants	……
	Volume total	……

FORMULE DE CALCUL **I = indemnité** **V = volume** **D = distance kilométrique**	Si V x D est inférieur ou égal à 5000 **I = 568,94 + (0,18 x V x D)**	Si V x D est supérieur à 5000 **I = 1137,88 + (0,07 x V x D)**

CALCUL DE L'INDEMNITE	
Si V x D <= 5000	Distance …… kms x volume : …… M³ = …… x **0,18 =** …… **+ 568, 94 =** ……
Si V x D > 5000	Distance ……kms x volume : …… M³ = …… x **0,07 =** …… **+ 1137,88 =** ……

DOCUMENT A IMPRIMER OBLIGATOIREMENT EN RECTO-VERSO AU FORMAT A3

RÉCAPITULATION

A – Frais de transport des personnes ……

B – Indemnité forfaitaire ……

TOTAL

Abattement de 20% (Mutation au titre des articles 19, 21 ou 22.2)	……
Majoration de 20% applicable au montant B (Mutation au titre des articles 18 ou 20.1	……

RESTE DÛ

J'atteste que les renseignements portés sur l'ensemble de ce document sont exacts.
Je sollicite le versement de la somme arrêtée au montant de : ……...
……
Somme à verser sur le compte n° : ……
Fait à …… Le ……

Signature obligatoire de l'agent

Partie réservée à l'administration

Arrêté à la somme de ……
……
A imputer sur le domaine fonctionnel ……
A Bordeaux, le ……

Pour la préfète de région Nouvelle-Aquitaine

Mise à jour Juillet 2025

DOCUMENT A IMPRIMER OBLIGATOIREMENT EN RECTO-VERSO AU FORMAT A3

ACADÉMIE DE BORDEAUX
Liberté
Égalité
Fraternité

Dossier n°

RENTRÉE SCOLAIRE 2025

DOSSIER DE DEMANDE DE PAIEMENT
de l'indemnité forfaitaire de changement de résidence et de remboursement des frais de transport lors d'une mutation en métropole – Décret n°90-437 du 28 mai 1990, modifié.
Dossier à présenter dans les douze mois suivant la date d'installation dans le nouveau poste

N° NUMEN 13 caractères ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nom d'usage ..... Prénom ..... Grade/discipline.....
Date et lieu de naissance ..... Nom de naissance.....
Muté(e) par décision du..... ... admis(e) au bénéfice des dispositions de l'article ……... §/alinéa …….. du décret **90-437 du 28/05/1990**
Affection précédente : Date de nomination .....Adresse (Etablissement/Commune).....
Ancienne commune familiale .....
Date de transfert de résidence familiale ..... Date d'installation dans le nouveau poste .....
Nouvelle affectation (Etablissement/Commune) .....
Nouvelle commune familiale .....
Date de mise à la retraite (pour les personnels partant à la retraite) .....
Bénéficiez-vous d'un logement fourni par l'Administration (1) : **avant mutation** OUI ☐ NON ☐ – **après mutation** OUI ☐ NON ☐
Le logement fourni est-il meublé par l'Administration (1) : **avant mutation** OUI ☐ NON ☐ – **après mutation** OUI ☐ NON ☐
Situation familiale (1) : Célibataire ☐ Marié-e ☐ En concubinage ☐ PACS ☐ Veuf/veuve ☐ Divorcé-e ☐ Séparé-e de corps ☐
Profession du conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS .....
S'agit-il d'un rapprochement de conjoint fonctionnaire (1) OUI ☐ NON ☐

AYANTS DROIT (1)

☐ Je sollicite la prise en charge des frais de mon conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS
☐ Je ne sollicite pas la prise en charge des frais de mon conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS
☐ Je sollicite la prise en charge des frais des ayants droit suivants :

ENFANTS A CHARGE AU SENS DE LA LEGISLATION SUR LES PRESTATIONS FAMILIALES OU INFIRMES

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	OBSERVATIONS

ASCENDANTS A CHARGE VIVANT SOUS LE TOIT DE L'AGENT

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	OBSERVATIONS

Je soussigné(e) (1), auteur de la présente demande, certifie avoir effectué le changement de résidence seul-e ☐ certifie que les membres de ma famille désignés ci-dessus ont effectué le changement de résidence ☐ certifie que les membres de ma famille me rejoindront ultérieurement ☐

Fait à..... Le.....

Signature de l'agent

(1) Cocher la case correspondant à votre situation

DOCUMENT A IMPRIMER OBLIGATOIREMENT EN RECTO-VERSO AU FORMAT A3