# Renseignements administratifs

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM DE FAMILLE (de naissance) en majuscules | ….….….….….….….….….….….….….….….….…….……….….…. | NOM D’USAGE en majuscules | ….….….….….….….….….….….….….….….….…….……….….…. |
| PRÉNOMS (dans l’ordre de l’état civil) | ….….….….….….….….….….….….….….….….…….……….….…. |
| Numéro de Sécurité sociale (NIR)  | ­**|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|**  |
| Grade  | …………………………………………………………………………....... | Fonction ou discipline(si enseignant du 2nd degré) | ………………………………………………………………………………………… |
| Adresse personnelle  | ….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….…..….….….….….….….………...….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….…..….…. |
| Code postal  | **|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|**   | VILLE  | ….….….….….….….….….….….….….….….….…….……….….…. |
|  Téléphone  | |\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_| |  Adresse mail | ….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….….…..….….….….….….…. |

# Votre situation administrative

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Titulaire | [ ]  | Non titulaire | [ ]  | Stagiaire | [ ]  |
| Départ ou arrivée durant l’année | [ ]  non [ ]  arrivée [ ]  départ | Date d'arrivée ou de départ au cours de l'année | \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_  |
| Quotité de temps de travail hebdomadaire | * [ ]  À temps plein durant l’année \_ \_ \_ \_ du \_ \_ / \_ \_ / 2022 au \_ \_ / \_ \_ /2022
* [ ]  À temps partiel au taux horaire de [ ]  50 % [ ]  60 % [ ]  70 % [ ]  80 % [ ]  90 % d'un temps plein du \_ \_ / \_ \_ / 2022 au \_ \_ / \_ \_ / 2022
 |
| Télétravailleur | [ ]  du \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ au \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ pour un nombre de \_\_ jours par semaine |
| Affectation principale  (obligatoire) école, établissement, service | …………………………………………………………………………………………... |
|  Adresse  | …………………………………………………………………………………………………….. |
| Code postal  | |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|  | VILLE  | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ |
| Exercez-vous une activité auprès d'un autre employeur public ? | OUI | [ ]  | NON | [ ]  |
| Si oui, nom de l’employeur public | …………………………………………………………………………………………... |
|  Adresse : | …………………………………………………………………………………………………….. |
| Code postal  | |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|  | VILLE  | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ |
| Nombre d’heures travaillées auprès de cet employeur  | \_ \_ \_ HEURES | Nombre de jours déclarés au titre du forfait auprès de cet employeur | \_ \_ \_ JOURS |

Pour les agents effectuant du co-voiturage (conducteur ou passager), le présent formulaire doit obligatoirement être accompagné d’un justificatif : relevé de facture (passager) ou de paiement (conducteur) d’une plateforme de covoiturage ou attestation sur l’honneur du covoitureur (covoiturage hors plateforme) via cet outil : <https://attestation.covoiturage.beta.gouv.fr/salarie-secteur-public> ou attestation du registre de preuve de covoiturage.

*Règlement général sur la protection des données (RGPD) : Les informations recueillies dans la présente demande font l’objet d’un traitement informatique destiné à la gestion de votre dossier administratif et financier. Les destinataires des données sont votre service gestionnaire et les services de la DRFiP. Vous disposez, conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l’égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, d’un droit d’accès, de rectification et d’effacement des données vous concernant en adressant un courrier à votre service gestionnaire. Vous disposez également d’une droit d’opposition, de limitation du traitement et d’un droit à la portabilité de vos données.*

**J’atteste sur l’honneur utiliser à l’occasion de mes déplacements entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail, le ou les moyens de transport suivants pour le nombre de jours indiqué :**

|  |
| --- |
|  *(indiquer le nombre de jours de déplacements réalisés durant l’année au titre de laquelle la demande est produite)* |
|  | JANV. | FEV. | MARS | AVR. | MAI | JUIN | JUIL. | AOUT | SEPT. | OCT. | NOV. | DÉC. | TOTAL |
| Vélo | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs |
| Covoiturage | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs |
| Autre engin personnel | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs |
| Service de mobilité partagée | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs | \_ \_ jrs |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nombre total de jours de déplacements réalisés ouvrant droit au bénéfice du FMD** | **\_ \_ \_ JRS** |

**Je déclare ne pas me trouver dans les exclusions visées par le décret :**

|  |
| --- |
| [ ] Ne pas bénéficier de la prise en charge d’un abonnement à un service public de location de vélos au titre du décret du 21 juin 2010 pour les déplacements déclarés ci-dessus[ ] Ne pas percevoir d’indemnités représentatives de frais pour mes déplacements entre ma résidence habituelle et mon(mes) lieu(x) de travail[ ] Ne pas bénéficier d’un logement de fonction sur le lieu de travail ou d’un véhicule de fonction [ ] Ne pas bénéficier d'un transport gratuit entre mon domicile et mon lieu de travail (transport collectif gratuit ou transport gratuit par l'employeur)[ ] Ne pas bénéficier pour les mêmes trajets d’une prise en charge au titre des frais de déplacements temporaires [ ] Ne pas bénéficier des dispositions du [décret n°83-588 du 1er juillet 1983](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000861809/2020-10-16/) (personnels situé dans la zone de compétence de l’autorité organisatrice des transports parisiens dont le handicap empêche d’utiliser les transports en commun) |

Je certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements fournis dans la présente demande et m’engage à signaler immédiatement toute modification qui pourrait intervenir concernant ma résidence habituelle, mon lieu de travail ou les moyens de transport utilisés.

Je m’engage à fournir tout justificatif réclamé par l’administration à tout moment de l’année. L’administration se réserve le droit de demander toutes informations complémentaires dont elle aurait besoin dans le cadre des contrôles effectués.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Fait à  | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | Le | \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ |
| Signature **obligatoire**  |  |