

Discipline / Domaine : **Code Dispositif :** **Code Module :**
 (cf. Ordre de mission)

Réservé à l'administration
Date de saisie : ____/____/____
Montant : _____, _____ €
<input type="checkbox"/> Charges à payer à rattacher à l'exercice : _____


1- L'intéressé(e)

M Mme					
_____	_____	_____	____/____/____	_____	_____
Nom marital	Nom patronymique	Prénom	Date de naissance	Commune et pays de naissance	Nationalité
Adresse personnelle _____				Code postal _____	Commune _____
_____	Fonctionnaire Agent non titulaire	_____	Grade : _____	Autre : _____	NUMEN _____
Établissement d'affectation	Ville de l'établissement d'affectation				

2- Véhicule personnel

CV					
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Marque	Numéro minéralogique	Puissance	N° de la police d'assurance	Nom de la compagnie d'assurance	
<small>(cf.art. 10 du décret 2006-781 du 3 juillet 2006)</small>					

Destination Ville établissement	Date départ jj/mm/aa	Date retour jj/mm/aa	Heure départ HH : mm	Heure retour HH : mm	Transport					Trajet		Distance Aller	Montant des justificatifs	Repas à la charge de l'intéressé(e)	Séjour
					Véhicule personnel	Véhicule de service	Covoituré	SNCF	SNCF déjà acheté (DAF- Rectorat)	Autre (bus...)	Simple				
	____/____/____	____/____/____										Km	_____€	Oui Non	
	____/____/____	____/____/____										Km	_____€	Oui Non	
	____/____/____	____/____/____										Km	_____€	Oui Non	


Important : • Joindre impérativement au présent état ; l'**original de l'ordre de mission** ainsi que **les originaux des titres de transport**, et si remboursement des frais d'hébergement, l'**original de la facture d'hôtel**.
 • Si AED ou hors Education Nationale, joindre le **numéro de sécurité sociale** ainsi qu'un **RIB** (+ copie du **livret de famille** si compte joint, pour les **femmes mariées**).
 • Pour un traitement dans les meilleurs délais, merci de renvoyer le présent état à l'EAFC, **sous 8 jours**.
 • Ce formulaire se limite à **trois sessions, pour la même formation** : adresser d'autres formulaires si nécessaire.

VERIFIE ET RECONNU EXACT, le responsable de la formation (Nom, prénom)
 Signature :

Certifié exact, à _____, le ____/____/____
 Signature de l'intéressé(e) :