

**DEMANDE DE PAIEMENT DE L'INDEMNITE DE BICYCLETTE POUR SON UTILISATION SUR LE CHEMIN DU TRAVAIL
OU D'UN ARRET DE TRANSPORT EN COMMUN.**

Je soussigné(e) (Nom, Prénom et numéro de matricule).....

travaillant auprès de : (établissement d'enseignement, centre psycho-médico-social)

demande à me voir octroyer une indemnité pour l'utilisation de ma bicyclette sur le chemin du travail/le chemin vers un arrêt de transport en commun/un véhicule automoteur utilisé en covoiturage (biffer la mention inutile) entre (adresse du lieu de départ)

et (adresse du lieu d'arrivée)

suivant le trajet ci-dessous :

Croquis du trajet	Index des rues empruntées

représentant une distance totale Aller/Retour parcourue journallement de km.

Remarque : indiquez sur le croquis le plan de circulation (sens interdit...) du chemin emprunté ainsi que le nom des rues ou une référence par rapport à l'index des rues. A ne remplir qu'à la première demande ou si des changements de trajet ont lieu, auquel cas il faudra préciser la raison

desdits changements. Le chef d'établissement, le pouvoir organisateur ou le directeur du centre psycho-médico-social se réserve le droit de refuser le parcours proposé ou d'en modifier le kilométrage total, en motivant sa décision.

Je reconnais que le chemin décrit ci-dessus est celui qui est le plus court et qui offre le plus de sécurité.

Dans le cas où la bicyclette servirait à se rendre à un arrêt de transport en commun, indiquez le transport en commun utilisé
et éventuellement le numéro d'abonnement

Je confirme sur l'honneur avoir utilisé ma bicyclette pour me rendre à mon lieu de travail ou à un arrêt de transport en commun pour la période du(jour-mois-année) au (jour-mois-année), correspondant à un nombre total de jours effectifs d'utilisation,
soit un kilométrage total de km × jours = km (arrondi au kilomètre supérieur).
J'estime dès lors avoir droit à une indemnité de km × 0,15 euros = euros pour la période susmentionnée.
L'indemnité peut être versée sur le compte n°/...../..... de (titulaire)
à (adresse).

Je reconnais n'avoir pas eu recours à un quelconque transport en commun ou à mon véhicule personnel durant la période d'utilisation de la bicyclette pour le trajet repris ci-dessus ou le trajet retenu par l'autorité.

Date et Signature

Visa du Chef d'établissement/pouvoir organisateur/directeur du centre psycho-médico-social.
(Nom et signature)