

CACHET ORGANISME GESTIONNAIRE

**DEMANDE DE DE REMBOURSEMENT
 DES FRAIS DE TRANSPORT
 DES STAGIAIRES
 DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE**

 (Code du travail - 6° partie)

CACHET CENTRE DE FORMATION

DOSSIER N° _____ **INTITULE DU STAGE :** _____

Le directeur du centre certifie exacts les renseignements donnés par le stagiaire. signature du directeur du centre :

Fait le :

RÉSERVÉ AU STAGIAIRE

M Mme Décision rémunération n° : _____

Nom : _____ Prénom usuel : _____

Nom de jeune fille : _____ Date de naissance : _____

Commune du domicile : _____ Code postal : _____

Nom de la gare voyageurs la plus proche du domicile : _____ Distance : _____ km

Âge à l'entrée en stage : 18 ans et plus moins de 18 ans

Durée de la formation prise en charge par l'État ou la Région : _____ mois

Motif(s) du (ou des) déplacement(s) :

 tests psychologiques

 examens médicaux

 sessions de regroupement enseignement suivi à distance

 entrée en stage

 sortie de stage

 voyage vers la famille en cours de stage

 autre motif : _____

RAPPEL DE VOS DROITS AU RAPPROCHEMENT FAMILIAL EN COURS DE STAGE :

- Au-delà de 25 km, déplacements remboursés :
 - aux 3/4 des frais pour les stagiaires âgés de moins de 18 ans > un voyage mensuel
 - en totalité, pour les stagiaires âgés de 18 ans et plus si la durée du stage est supérieure à 3 mois > un voyage trimestriel

Date	Moyen de transport utilisé	DE	À	VIA	% de réduction	Prix du billet 2° classe (réellement payé)	Ou Nombre de KM	Nombre de fois

pièces à joindre  billets des transports en commun utilisés

TOTAL EN EUROS _____ TOTAL EN KM _____

Je déclare sur l'honneur que je n'ai pas bénéficié d'un bon de transport gratuit et que les renseignements fournis à l'appui de la présente demande sont sincères et véritables. La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à cette demande. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Ce traitement de données à caractère personnel est effectué par l'organisme ou l'institution qui finance votre action afin de permettre le versement, le suivi et le contrôle de votre rémunération. Conformément au RGPD, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données vous concernant ainsi que de limitation du traitement. En cas d'opposition au traitement votre rémunération et accessoires ne seront plus versés.

Fait le : _____
 Signature du stagiaire : _____

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

accord pour le paiement de la somme de : _____

rejet motif : _____

Signature de l'organisme gestionnaire: _____

nombre de voyages familiaux restant possibles : _____