

## DEMANDE DE VERSEMENT DU FORFAIT MOBILITÉS DURABLES

Décret n° 2020-543 du 9 mai 2020 **modifié** par Décret n° 2022-1562 du 13 décembre 2022

ANNEE CIVILE 2024

Document à remplir avant le 31 décembre 2024

NOM DE FAMILLE .....  
(de naissance) en .....  
majuscules

NOM D'USAGE .....  
en majuscules

PRENOMS .....

Numéro de Sécurité sociale (NIR) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Grade .....  
.....

Adresse .....  
personnelle .....

Code postal | | | | | | | | VILLE .....

Affectation principale (obligatoire) .....

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 ..... HEURES  
auprès de cet employeur

Nombre de jours déclarés au titre ..... JOURS  
du forfait auprès de cet employeur

**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 :**

	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
Autre transport public de personne	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs	__ jrs
<b>Nombre <u>total</u> de jours de déplacements réalisés ouvrant droit au bénéfice du FMD</b>													___ JRS

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

- Ne pas bénéficier d'un véhicule de fonction
- Ne pas bénéficier d'un logement de fonction sur le lieu de travail ou à proximité
- 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 des dispositions du [décret n°83-588 du 1er juillet 1983](#) (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 <b>obligatoire</b>			

Cachet et signature du chef/de la cheffe d'établissement