**Division des affaires financières – Bureau des frais de déplacements**

**Dossier d’instruction de frais de déplacement – 2025-2026**

**Personnels accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH)**

1. État civil

Civilité :  Madame  Monsieur

Nom d’usage : Nom patronymique :

Prénom : Date de naissance :

**Domicile le plus proche du lieu de travail :**

Code postal : Ville :

Tél. : Mail académique :

1. Fonction

AESH en CDD   AESH en CDI

1. Établissements

**Tête du Pôle d’Appui à la Scolarité (PAS) ou tête du Pôle Inclusif d’Accompagnement Localisé (PIAL) :** ☐ Collège  ☐ Lycée  
**Nom de l’établissement** et la ville **:**

* T**ous les établissements d’affectation (y compris écoles) :**
* **Établissement n°1 :**  École maternelle   École primaire   Collège   Lycée  
  **Nom de l’établissement** et la ville :
* **Établissement n°2 :**  École maternelle   École primaire   Collège   Lycée  
  **Nom de l’établissement** et la ville **:**
* **Établissement n°3 :**  École maternelle  École primaire   Collège   Lycée  
  **Nom de l’établissement** et la ville :

1. Véhicule

Immatriculation : Nom de l’assurance : Numéro de contrat :

Je certifie être couvert par mon assurance pour l’ensemble de **mes déplacements professionnels** liés à mes fonctions, et ce, pour toute l’année scolaire 2025-2026. Je reconnais que la souscription à une telle assurance est obligatoire et que son défaut m’exposerait au risque que les dommages causés par l’utilisation de mon véhicule à des fins professionnelles ne soient pas pris en charge par mon assurance et qu’à ce titre, la responsabilité de mon employeur et notamment de l’Etat ne saurait être engagée.

Si la case n’est pas cochée, les frais de déplacements réalisés avec le véhicule personnel ne pourront pas être remboursés.

1. Pièces à fournir

**Emplois du temps** de **tous les établissements** d’affectation  
→ Les documents doivent indiquer les **dates de début et de fin de prise de poste**, et être obligatoirement **datés,** **signés et cachetés** par le supérieur hiérarchique de chaque établissement.

**Copie de la carte grise** du véhicule utilisé pour vos déplacements professionnels

**Pour les AESH référents uniquement :**

La lettre de mission

*Je certifie exactes les informations mentionnées et je m’engage à informer le bureau des frais de déplacement de toute modification de ma situation (déménagement, nouveau véhicule, mise à jour de l’assurance, modification d’affectation et/ou d’emploi du temps)*

***L’examen de votre dossier ne sera effectué que si celui-ci est complet~~.~~***

*A* *le*   *Signature de l’intéressé(e)*

**AESH - EMPLOI DU TEMPS 2025 / 2026**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**  **Prénom :** | **PIAL ou PAS :**  **Ville :** |
| **Établissement d’affectation :**  **Ville :** | **Date de début de mission :**  / /  **Date de fin de mission :**  / / |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **JOURS** | MATIN | | APRES-MIDI | |
| Horaires (début-fin) | Lieu de travail  (Établissement – ville) | Horaires (début-fin) | Lieu de travail  (Établissement – ville) |
| Lundi | **h - h** |  | **h - h** |  |
| Mardi | **h - h** |  | **h - h** |  |
| Mercredi | **h - h** |  | **h - h** |  |
| Jeudi | **h - h** |  | **h - h** |  |
| Vendredi | **h - h** |  | **h - h** |  |

**Merci de bien vouloir remplir un emploi du temps par établissement. Le temps de trajet ne doit pas figurer dans l’emploi du temps.**

**Fait à :**   **Le :** **Cachet et signature de l’établissement**