

DIAS - Personnels enseignants, d’éducation et DDFPT Frais de déplacement – demande de prise en charge

Année scolaire 2023-2024

* Formulaire à retourner complété et signé par le demandeur et le chef d’établissement à l’adresse [accompagnement-specifique@ac-aix-marseille.fr](mailto:accompagnement-specifique@ac-aix-marseille.fr)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personnel à l’origine de la demande de remboursement des frais** | | | | |
| Nom | Prénom | Discipline - nom | Discipline - code | Corps |
|  |  |  |  |  |
| Etablissement d’affectation - type | | Etablissement d’affectation - nom | | Commune |
|  | |  | |  |
| Vous êtes : | | * Tuteur académique | | * Personnel accompagné (bénéficiaire du DIAS) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personnel visité** | | | | |
| Nom | Prénom | Discipline - nom | Discipline - code | Corps |
|  |  |  |  |  |
| Etablissement d’affectation - type | | Etablissement d’affectation - nom | | Commune |
|  | |  | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Récapitulatif des déplacements (limités à 4 pour l’année scolaire dans le cadre du DIAS)** | |
| **Date** | **Plage horaire\*** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**\*** les déplacements sur une journée donnent droit au remboursement d'un repas au tarif réglementaire.

|  |  |
| --- | --- |
| Signature du demandeur | Signature et cachet du chef d’établissement du bénéficiaire du DIAS valant attestation des déplacements aux dates et aux heures indiquées. |
| Date : | Date : |
|  |  |

1