



Ministère de l'emploi
et de la solidarité

direction départementale du travail,
de l'emploi et de la formation professionnelle

**Commission technique d'orientation
et de reclassement professionnel**



N° 61-2146

PH 06

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE TRANSPORT

Arrêté interministériel du 8 décembre 1978 (J.O. du 28 décembre 1978)

Je soussigné(e)

| | |
|------------------|--|
| M. | |
| M ^{me} | |
| M ^{lle} | |

Nom de la personne handicapée _____

Prénom _____

domicilié(e)

Numéro _____ Rue ou lieudit _____

Commune _____

Code postal _____ Bureau distributeur _____

N° de C.C.P. : _____ Centre : _____

ou
N° de compte bancaire : _____ Banque : _____
et succursale

demande à bénéficiaire du remboursement des frais de déplacement des personnes handicapées répondant à une convocation de la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel.

Certifie avoir effectué : avec réduction → montant de la réduction %
plein tarif

Le(s) parcours suivant(s) :

| Date | Motif de la convocation | Lieu de départ | Lieu de convocation | Moyen de transport | Somme déboursée Francs / Euros* |
|------|-------------------------|----------------|---------------------|--------------------|------------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Le montant du remboursement sera calculé sur la base du prix du transport par la voie la plus économique. * rayer la mention inutile

Signature de l'intéressé(e) ou de son représentant :

— Réservé à l'Administration —

DÉCISION

• d'accord pour le paiement de la somme de Signature du Préfet :

• de rejet
Motif du rejet : _____



Ministère de l'emploi
et de la solidarité

direction départementale du travail,
de l'emploi et de la formation professionnelle

**Commission technique d'orientation
et de reclassement professionnel**



N° 61-2146

PH 06

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE TRANSPORT

Arrêté interministériel du 8 décembre 1978 (J.O. du 28 décembre 1978)

Je soussigné(e)

| | |
|------------------|--|
| M. | |
| M ^{me} | |
| M ^{lle} | |

Nom de la personne handicapée _____

Prénom _____

domicilié(e)

Numéro _____ Rue ou lieudit _____

Commune _____

Code postal _____ Bureau distributeur _____

N° de C.C.P. : _____ Centre : _____

ou
N° de compte bancaire : _____ Banque : _____
et succursale

demande à bénéficiaire du remboursement des frais de déplacement des personnes handicapées répondant à une convocation de la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel.

Certifie avoir effectué : avec réduction → montant de la réduction %
plein tarif

Le(s) parcours suivant(s) :

| Date | Motif de la convocation | Lieu de départ | Lieu de convocation | Moyen de transport | Somme déboursée Francs / Euros* |
|------|-------------------------|----------------|---------------------|--------------------|------------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Le montant du remboursement sera calculé sur la base du prix du transport par la voie la plus économique. * rayer la mention inutile

Signature de l'intéressé(e) ou de son représentant :

— Réservé à l'Administration —

DÉCISION

• d'accord pour le paiement de la somme de Signature du Préfet : _____

• de rejet
Motif du rejet : _____



Ministère de l'emploi
et de la solidarité

direction départementale du travail,
de l'emploi et de la formation professionnelle

**Commission technique d'orientation
et de reclassement professionnel**



N° 61-2146

PH 06

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE TRANSPORT

Arrêté interministériel du 8 décembre 1978 (J.O. du 28 décembre 1978)

Je soussigné(e)

| | |
|------------------|--|
| M. | |
| M ^{me} | |
| M ^{lle} | |

Nom de la personne handicapée _____

Prénom _____

domicilié(e)

Numéro _____ Rue ou lieudit _____

Commune _____

Code postal _____ Bureau distributeur _____

N° de C.C.P. : _____ Centre : _____

ou

N° de compte bancaire : _____ Banque : _____

et succursale

demande à bénéficiaire du remboursement des frais de déplacement des personnes handicapées répondant à une convocation de la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel.

Certifie avoir effectué : avec réduction → montant de la réduction %
plein tarif

Le(s) parcours suivant(s) :

| Date | Motif de la convocation | Lieu de départ | Lieu de convocation | Moyen de transport | Somme déboursée Francs / Euros* |
|------|-------------------------|----------------|---------------------|--------------------|------------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Le montant du remboursement sera calculé sur la base du prix du transport par la voie la plus économique. * rayer la mention inutile

Signature de l'intéressé(e) ou de son représentant :

— Réservé à l'Administration —

DÉCISION

• d'accord pour le paiement de la somme de Signature du Préfet :

• de rejet

Motif du rejet : _____