

**Dans le cas où les deux conjoints fonctionnaires peuvent prétendre au paiement de l'indemnité, chacun des deux fonctionnaires doit déposer une demande auprès de son administration.**

**PIECES OBLIGATOIRES POUR LES AGENTS MUTES QUELLE QUE SOIT LA SITUATION FAMILIALE**

**Pièces obligatoires**

- Relevé d'identité bancaire ou postale mentionnant les **NOM ET PRENOM** de la personne déposant le dossier
- Copie de l'extrait individuel de l'arrêté collectif rectoral ou de l'arrêté de mutation ou du contrat
- Arrêté portant la référence du décret n°90-437 du 28/05/1990, modifié
- Procès-verbal d'installation
- Justificatif de domicile (facture EDF, eau, gaz, attestation d'assurance...) avant mutation, datant de moins de neuf mois à compter de la date de changement de résidence administrative
- Justificatif de domicile (facture EDF, eau, gaz, attestation d'assurance...) après mutation
- Photocopie de la carte grise du véhicule

Réservé à l'administration

**PIECES COMPLEMENTAIRES A JOINDRE EN FONCTION DE LA SITUATION FAMILIALE**

**Vous sollicitez la prise en charge de votre conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS**

- Photocopie lisible du livret de famille régulièrement tenu à jour ou certificat de concubinage ou photocopie de l'attestation d'enregistrement du PACS
- Avis d'imposition intégral des revenus 2024 (concubinage ou PACS : joindre les deux avis d'imposition)
- Attestation de l'employeur du conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS certifiant que celui-ci ne prend pas en charge les frais du conjoint, des enfants, ni ceux de l'agent
- Attestation d'inscription au Pôle Emploi et déclaration des indemnités perçues par votre conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS

Réservé à l'administration

**Vous sollicitez la prise en charge d'enfant(s)**

- Photocopie lisible du livret de famille régulièrement tenu à jour
- Attestation sur l'honneur certifiant que vos enfants vivent habituellement sous votre toit
- Photocopie du jugement de divorce désignant la personne ayant la garde du/des enfant(s)


**Pour les enfants de plus de 16 ans et moins de 20 ans**

- Certificat de scolarité ou d'apprentissage
- Ou attestation d'inscription au Pôle Emploi

**Pour les enfants infirmes de plus de 16 ans**

- Photocopie de la carte d'invalidité

**Vous sollicitez la prise en charge d'ascendant(s)**

- Photocopie lisible du livret de famille régulièrement tenu à jour
- Avis de non-imposition 2024
- Déclaration sur l'honneur certifiant que le/les ascendant/s vit/vivent habituellement sous votre toit


**PIECES SUPPLEMENTAIRES POUR DES CAS SPECIFIQUES**

**Agent veuf (sans enfant)**

- Photocopie lisible du livret de famille régulièrement tenu à jour

Réservé à l'administration

**Agent partant à la retraite et libérant un logement de fonction concédé par nécessité absolue de service**

- Arrêté de mise à la retraite
- Arrêté avec référence de l'article 17c du décret n°90-437 du 28 mai 1990 modifié.
- Arrêté de concession de logement
- Adresse mail personnelle pour toute communication.....


**A- FRAIS DE TRANSPORT DE L'AGENT (ET DE SES AYANTS DROIT) POUR REJOINDRE SON NOUVEAU POSTE**

**1 – TRANSPORTS PUBLICS**

	Réduction en % sur le tarif normal	Chemin de fer (1) et (2)	Autocar (2)	Bateau ou avion (2)	Observations
Agent Conjoint Enfants					(1) deuxième classe
Ascendants					(2) joindre les billets originaux
TOTAL					

**2 – VOITURE AUTOMOBILE PERSONNELLE (joindre la photocopie de la carte grise)**

N° immatriculation :	Puissance fiscale :	Taux des indemnités kilométriques (T)	
(D) Distance la plus courte entre l'ancienne et la nouvelle résidence administrative par la route	Nombre de kilomètres (D) : Distance référence GEOPORTAIL	5 CV et moins	<b>T = 0,32</b>
		6 et 7 CV	<b>T = 0,41</b>
Indemnité kilométrique (D x T) :		8 CV et plus	<b>T = 0,46</b>

**B- INDEMNITE FORFAITAIRE DE CHANGEMENT DE RESIDENCE**

VOLUME	Agent	Conjoint si les conditions de ressources sont réunies barème en vigueur au 01/07/2024	Par enfant ou ascendant
	<b>14M<sup>3</sup></b>	<b>22 M<sup>3</sup></b>	<b>3,5 M<sup>3</sup></b>

CALCUL DU VOLUME	Agent Conjoint Enfants Ascendants	..... ..... ..... .....
	Volume total	.....

FORMULE DE CALCUL	Si V x D est inférieur ou égal à 5000 <b>I = 568,94 + (0,18 x V x D)</b>	Si V x D est supérieur à 5000 <b>I = 1137,88 + (0,07 x V x D)</b>
I = indemnité V = volume D = distance kilométrique		

CALCUL DE L'INDEMNITE	
<b>Si V x D &lt;= 5000</b>	Distance ..... kms x volume : ..... M <sup>3</sup> = ..... x <b>0,18</b> = ..... + <b>568,94</b> = .....
<b>Si V x D &gt; 5000</b>	Distance .....kms x volume : ..... M <sup>3</sup> = ..... x <b>0,07</b> = ..... + <b>1137,88</b> = .....

## RÉCAPITULATION

A – Frais de transport des personnes .....

B – Indemnité forfaitaire .....

TOTAL

Abattement de 20% (Mutation au titre des articles 19, 21 ou 22.2) .....

Majoration de 20% applicable au montant B (Mutation au titre des articles 18 ou 20.1) .....

RESTE DÛ

J'atteste que les renseignements portés sur l'ensemble de ce document sont exacts.

Je sollicite le versement de la somme arrêtée au montant de : .....

Somme à verser sur le compte n° : .....

Fait à ..... Le .....

Signature obligatoire de l'agent

## Partie réservée à l'administration

Arrêté à la somme de .....

A imputer sur le domaine fonctionnel .....

A Bordeaux, le .....

Pour la préfète de région Nouvelle-Aquitaine

Mise à jour Juillet 2025

DOCUMENT A IMPRIMER OBLIGATOIREMENT EN RECTO-VERSO AU FORMAT A3

## RENTRÉE SCOLAIRE 2025

DOSSIER DE DEMANDE DE PAIEMENT

de l'indemnité forfaitaire de changement de résidence et de remboursement des frais de transport lors d'une mutation en métropole – Décret n°90-437 du 28 mai 1990, modifié.

Dossier à présenter dans les douze mois suivant la date d'installation dans le nouveau poste

N° NUMEM 13 caractères

            

Nom d'usage ..... Prénom ..... Grade/discipline .....

Date et lieu de naissance ..... Nom de naissance .....

Muté(e) par décision du ..... admis(e) au bénéfice des dispositions de l'article ..... §/alinéa ..... du décret **90-437 du 28/05/1990**

Affectation précédente : Date de nomination ..... Adresse (Etablissement/Commune) .....

Ancienne commune familiale .....

Date de transfert de résidence familiale ..... Date d'installation dans le nouveau poste .....

Nouvelle affectation (Etablissement/Commune) .....

Nouvelle commune familiale .....

Date de mise à la retraite (pour les personnels partant à la retraite) .....

Bénéficiez-vous d'un logement fourni par l'Administration (1) : **avant mutation** OUI  NON  – **après mutation** OUI  NON Le logement fourni est-il meublé par l'Administration (1) : **avant mutation** OUI  NON  – **après mutation** OUI  NON Situation familiale (1) : Célibataire  Marié-e  En concubinage  PACS  Veuf/veuve  Divorcé-e  Séparé-e de corps 

Profession du conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS .....

S'agit-il d'un rapprochement de conjoint fonctionnaire (1) OUI  NON 

### AYANTS DROIT (1)

 Je sollicite la prise en charge des frais de mon conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS Je ne sollicite pas la prise en charge des frais de mon conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS Je sollicite la prise en charge des frais des ayants droit suivants :

#### ENFANTS A CHARGE AU SENS DE LA LEGISLATION SUR LES PRESTATIONS FAMILIALES OU INFIRMES

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	OBSERVATIONS

#### ASCENDANTS A CHARGE VIVANT SOUS LE TOIT DE L'AGENT

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	OBSERVATIONS

Je soussigné(e) (1), auteur de la présente demande, certifie avoir effectué le changement de résidence seul-e  certifie que les membres de ma famille désignés ci-dessus ont effectué le changement de résidence  certifie que les membres de ma famille me rejoindront ultérieurement 

Fait à ..... Le .....

Signature de l'agent

(1) Cocher la case correspondant à votre situation

DOCUMENT A IMPRIMER OBLIGATOIREMENT EN RECTO-VERSO AU FORMAT A3