

Commission technique d'orientation  
et de reclassement professionnel

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE TRANSPORT**

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

**Je soussigné(e)**

M.	
M <sup>me</sup>	
M <sup>lle</sup>	

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 suivants(s)

Date	Motif de la convocation	Lieu de départ	Lieu de convocation	Moyen de transport	Somme déboursée

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

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 : \_\_\_\_\_

Commission technique d'orientation  
et de reclassement professionnel

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE TRANSPORT**

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

**Je soussigné(e)**

M.	
M <sup>me</sup>	
M <sup>lle</sup>	

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 suivants(s)

Date	Motif de la convocation	Lieu de départ	Lieu de convocation	Moyen de transport	Somme déboursée

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

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 : \_\_\_\_\_

Commission technique d'orientation  
et de reclassement professionnel

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE TRANSPORT**

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

**Je soussigné(e)**

M.	
M <sup>me</sup>	
M <sup>lle</sup>	

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 bénéficier** 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 suivants(s)

Date	Motif de la convocation	Lieu de départ	Lieu de convocation	Moyen de transport	Somme déboursée

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

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 : \_\_\_\_\_