



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 <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 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 <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 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 <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 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 : \_\_\_\_\_