

**ETAT DE MISE EN PAIEMENT DE L'INDEMNITE DE SUJETIONS SPECIALES**

(Décret 89 825 du 09.11.89)

**DUE AUX ENSEIGNANTS TITULAIRES EFFECTUANT DES REMPLACEMENTS.**

**MOIS DE : .....**

**Joindre obligatoirement le ou les arrêtés de remplacement pour le mois concerné.**

Attention : la décision d'affectation ou le procès verbal ne peuvent être substitués à l'arrêté de remplacement.

NOM : .....

Prénom : .....

N° INSEE : .....

Corps : .....

Discipline : .....

**Quotité :**

TC

TP.....

Etablissement de rattachement administratif : .....

Etablissement où s'effectue le remplacement : .....

Dates du remplacement :

Du :

Au :

Quotité :

Distance aller entre le lieu de résidence administrative et le lieu où s'effectue le remplacement	Nombre de jours (du début à la fin du remplacement) (*)	Nombre de jours d'absence à déduire (**)	Nombre de jours indemnisables	Proratisation selon quotité de travail	Nombre de jours à indemniser (***)
1	2	3	4	5	6
Moins de 10 Km					
De 10 à 19 Km					
De 20 à 29 Km					
De 30 à 39 Km					
De 40 à 49 Km					
De 50 à 59 Km					
De 60 à 80 Km					

\* se référer au calendrier des jours ouvrés

\*\* déduire toutes les journées d'absence de l'agent

\*\*\* arrondir à l'entier supérieur

A..... le

A ..... le

A .....Le

Signature de l'intéressé(e)

Signature du chef  
d'établissement  
où s'effectue le remplacement

Signature du chef  
d'établissement  
de rattachement