FORMULAIRE D’EXPRESSION DU BESOIN

DAFAP/DIFAP

**Divisions :** DAFAP **Tel :** 0596 52 27 00  **E-mail :** ce.daf@ac-martinique.fr

 DIFAP **Tel** : 0596 52 28 80 **E-mail** : ce.difor@ac-martinique.fr

**Domaine fonctionnel  (A renseigner obligatoirement par le service) :**

[ ]  **M.** [ ]  **Mme** – **NOM**………………………………………………. **Prénom**………………………………………………………...

**Date de naissance** *(obligatoire pour voyage Métropole)* : ……………………………………………………………………

**Grade :** …………………………………………………………….**Fonction exercée :** ..………………………………………………….

**Portable** *(obligatoire)*……………………………………………..**Tél** *(Métropole)* : …………………………………………………

**Adresse administrative** :…………………………………………………………………………**Tél** : ……………………………………

**Adresse familiale :……………………………………………………………………………………………………………………………**

**Intitulé de la Mission : …………………………………………………………………………………………………………………….**

**Date de la Mission :………………………………………… Lieu : …………………………………………………………………….**

**(Joindre obligatoirement la convocation ou toute pièce pouvant justifier ce déplacement)**

**Signalé**: la politique de déplacement vers la métropole est la suivante :

 **Départ l’avant-veille / retour le lendemain de la date de convocation.**

**Si dérogation de dates accordée par le recteur, préciser :**

**Date de départ** : …………………………………………… **Date de retour** :.....…………………………………………………….

 [ ]  **AVION** [ ]  Paris [ ]  Martinique [ ]  Guadeloupe [ ]  Guyane [ ]  Autre …………………………………..

**TRAJET**

**Départ :** Aérogare : ..………………………………………………………………..Premier vol [ ]  Dernier vol [ ]

**Retour :** Aérogare : …………………………………………………………..……..Premier vol [ ]  Dernier vol [ ]  Ou heure de départ souhaitée : ……………………………….. H

[ ]  **TRAIN**  **DESTINATION :** …………………………………………………………………………………………………………….

  **DEPART**  **RETOUR**

**HORAIRE :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Signalé : le train est pris en charge par les services académiques dans la continuité du voyage uniquement**

**HOTEL** [ ]  **OUI** [ ]  **NON Le choix de l’hôtel est fait par l’administration selon le lieu de la mission et le seuil de tarif du Ministère**

[ ]  Pour l’émission du billet électronique, préciser **obligatoirement** :

**Adresse e-mail académique**

Date :

*Signature de l’intéressé(e) Signature de l’autorité hiérarchique*