

Déclaration de prise en charge des frais de transport  
Interne de médecine générale  
et interne en stage ambulatoire en pédiatrie

Période de stage du (JJ/MM/AAAA) au (JJ/MM/AAAA)

Votre demande d'indemnisation concerne :  un stage SASPAS  
 un stage ambulatoire en pédiatrie  
 un stage chez le praticien

Nom patronymique : ..... Nom usuel : .....

Prénom : ..... Code APH (obligatoire) : .....

Adresse du domicile : .....

Nom et adresse du maître de stage	Stage 1	
	Stage 2	
	Stage 3	

Je souhaite bénéficier de la prise en charge partielle du prix des titres de transport en application des dispositions de l'article 5 de la loi n°82-684 du 4 août 1982.

*Pièces à fournir pour la prise en charge partielle du prix des titres de transport :*

- la photocopie de votre carte NAVIGO et le justificatif de votre abonnement mensuel ou annuel, de votre abonnement annuel Vélib, ou de votre carte imagine « R » avec le justificatif de votre abonnement annuel.

Itinéraire			Type abonnement et nombre de zone (2)
Départ (gare, station)	Arrivée (gare, station)	Type de transport (1)	

(1) : préciser METRO, RER, SNCF, BUS, VELIB (2) : hebdomadaire, mensuel, annuel

Je souhaite bénéficier de l'indemnité forfaitaire de transport en application du décret N°2011-291 du 04 mars 2014.

*Pièces à fournir pour le versement de l'indemnité forfaitaire :*

- un extrait de l'itinéraire emprunté précisant la distance en km (service d'itinéraire en ligne) (chemin le plus court)

Itinéraire (par terrain de stage durant la période concerné)			Distance
Si > 15 Km	Stage 1	Centre Hospitalier Universitaire (Siège AP-HP) ⇔ Lieu de stage	km
		Domicile ⇔ Lieu de stage	km
	Stage 2	Centre Hospitalier Universitaire (Siège AP-HP) ⇔ Lieu de stage	km
		Domicile ⇔ Lieu de stage	km
	Stage 3	Centre Hospitalier Universitaire (Siège AP-HP) ⇔ Lieu de stage	km
		Domicile ⇔ Lieu de stage	km

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements énoncés ci-dessus et m'engage à porter immédiatement à la connaissance de l'administration dont je relève toute modification de ma situation susceptible d'entraîner une révision de mes droits à remboursement partiel du montant de mes frais de transport ou au versement d'une indemnité forfaitaire de transport.

En cas de demande de versement d'une indemnité forfaitaire de transport, j'atteste par la présente ne bénéficier d'aucun autre dispositif de prise en charge totale ou partielle de frais de transport pendant mon stage.

Fait à ..... le, .....

Signature :

Ce bordereau est à retourner soit :

Par voie postale : AP-HP - Bureau des internes- B 105 - 3, avenue Victoria 75184 Paris Cedex 04

Par Fax : 01.40.27.44.95

Par email à [bdi.aphp@sap.aphp.f](mailto:bdi.aphp@sap.aphp.f)