

# Demande d'indemnité kilométrique

Année scolaire 2024/2025

NOM, prénom du parent-tuteur-représentant légal : .....

.....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Mail : .....

NOM de l'élève : .....

Prénom de l'élève : .....

Classe : .....

Etablissement scolaire : .....

---

Emploi du temps :

4 jours par semaine

6 jours par semaine

5 jours par semaine

Autre, à préciser : .....

---

Description du trajet effectué par la famille :

Point de départ (commune) : .....

Itinéraire emprunté : .....

Point d'arrivée (établissement) : .....

Kilométrage (aller simple) : .....

---

Attestation à compléter et signer, à faire viser par l'établissement et à renvoyer par courrier avant le 03/11/2024 à :

Carcassonne Agglo  
Direction des Mobilités  
1 rue Pierre Germain  
11000 CARCASSONNE

Signature du  
représentant  
légal :

Visa de  
l'établissement  
scolaire :