

FORFAIT MOBILITÉ DURABLE



Spelc Provence Alpes et Corse
16 lotissement les oliviers
13120 GARDANNE
Téléphone : 06 78 33 93 72
E-mail : n.noel@spelc.fr

FORFAIT MOBILITÉ DURABLE

FMD année civile 2025

Comment en profiter ?

Démarche dématérialisée sur Colibris

<https://portailcorse.colibris.education.gouv.fr/>

jusqu'au 31 décembre 2025

Pour Qui? L'ensemble des personnels (titulaires, stagiaires, contractuels), ainsi que les agents bénéficiant d'un transport collectif gratuit entre le domicile et le lieu de travail.

Quelles conditions ?

Minimum de 30 jours de déplacements réalisés au cours de l'année civile 2025, modulé selon la quotité de temps de travail

Les moyens de transport ouvrant droit au FMD :

cycle personnel ou en location, le covoiturage, utilisation des services d'autopartage, engin de déplacement personnel

Au cours de l'année, il peut être fait recours à l'utilisation cumulative des moyens de transport ouvrant droit au FMD.

Ainsi, le montant annuel du FMD est fixé à :

- 100 € lorsque le nombre de déplacements est compris entre 30 et 59 jours,
- 200 € lorsque le nombre de déplacements est compris entre 60 et 99 jours,
- 300 € lorsque le nombre de déplacements est d'au moins 100 jours.

Mise en paiement du FMD : au cours du 1er trimestre 2026.

Pour toute demande, il conviendra de remplir un formulaire de déclaration sur l'honneur annexe 2



Tout le détail et les informations pratiques sur
<https://aixmarseille.spelc.fr>

Spelc Provence Alpes et Corse
16 lotissement les oliviers
13120 GARDANNE
Téléphone : 06 78 33 93 72
E-mail : n.noel@spelc.fr

DEMANDE DE VERSEMENT DU FORFAIT MOBILITÉS DURABLES

Décret n° 2020-543 du 9 mai 2020 modifié relatif au versement du forfait mobilités durables dans la fonction publique de l'Etat

Annexe 2

Renseignements administratifs

NOM DE FAMILLE
(de naissance) en majuscules NOM D'USAGE
en majuscules

PRÉNOMS

Numéro de Sécurité sociale (NIR)

Grade **Fonction ou discipline
(si enseignant du 2nd degré)**

 Adresse personnelle

Code postal | | | | | VILLE

Votre situation administrative

Titulaire **Non titulaire** **Stagiaire**

Départ ou arrivée durant l'année non arrivée départ

Quotité de temps de travail hebdomadaire

- À temps plein durant l'année ____ du ___ / ___ / ___ au ___ / ___ / ___
- À temps partiel au taux horaire de 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % d'un temps plein du ___ / ___ / ___ au ___ / ___ / ___

Télétravailleur du _/_/_ au _/_/_ pour un nombre de _ jours par semaine

Affectation principale (obligatoire)
école, établissement, service

 Adresse

Code postal : Ville :

Exercez-vous une activité auprès d'un autre employeur public ? OUI NON

Si oui, nom de l'employeur public

 Adresse :

Code postal : 78100 VILLE

**Nombre d'heures travaillées
auprès de cet employeur** -- HEURES **Nombre de jours déclarés au titre
du forfait auprès de cet employeur** -- JOURS

Pour les agents effectuant du co-voiturage (conducteur ou passager), le présent formulaire doit obligatoirement être accompagné d'un justificatif : relevé de facture (passager) ou de paiement (conducteur) d'une plateforme de covoiturage ou attestation sur l'honneur du covoitureur (covoiturage hors plateforme) via cet outil : <https://attestation.covoiturage.beta.gouv.fr/salarie-secteur-public> ou attestation du registre de preuve de covoiturage.

Règlement général sur la protection des données (RGPD) : Les informations recueillies dans la présente demande font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre dossier administratif et financier. Les destinataires des données sont votre service gestionnaire et les services de la DRFIP. Vous disposez, conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement des données vous concernant en adressant un courrier à votre service gestionnaire. Vous disposez également d'un droit d'opposition, de limitation du traitement et d'un droit à la portabilité de vos données.

DEMANDE DE VERSEMENT DU FORFAIT MOBILITÉS DURABLES

Décret n° 2020-543 du 9 mai 2020 **modifié** relatif au versement
du forfait mobilités durables dans la fonction publique de l'Etat

J'atteste sur l'honneur utiliser à l'occasion de mes déplacements entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail, le ou les moyens de transport suivants pour le nombre de jours indiqué : choisir votre option en fonction de votre situation

J'ai perçu l'indemnité de remboursement des frais de transport domicile-travail du 01/01 au 31/12/_____

Je n'ai pas perçu l'indemnité de remboursement des frais de transport domicile-travail du 01/01 au 31/12/_____

(indiquer le nombre de jours de déplacements réalisés durant l'année au titre de laquelle la demande est produite)

	JANV.	FEV.	MARS	AVR.	MAI	JUIN	JUIL.	AOUT	SEPT.	OCT.	NOV.	DÉC.	TOTAL
Vélo	__ jrs												
Covoiturage	__ jrs												
Autre engin personnel	__ jrs												
Service de mobilité partagée	__ jrs												
Nombre total de jours de déplacements réalisés ouvrant droit au bénéfice du FMD													____ JRS

Je déclare ne pas me trouver dans les exclusions visées par le décret :

- Ne pas bénéficier de la prise en charge d'un abonnement à un service public de location de vélos au titre du décret du 21 juin 2010 pour les déplacements déclarés ci-dessus
- Ne pas percevoir d'indemnités représentatives de frais pour mes déplacements entre ma résidence habituelle et mon(mes) lieu(x) de travail
- Ne pas bénéficier d'un logement de fonction sur le lieu de travail ou d'un véhicule de fonction
- Ne pas bénéficier d'un transport gratuit entre mon domicile et mon lieu de travail (transport collectif gratuit ou transport gratuit par l'employeur)
- Ne pas bénéficier pour les mêmes trajets d'une prise en charge au titre des frais de déplacements temporaires
- Ne pas bénéficier des dispositions du [décret n°83-588 du 1er juillet 1983](#) (personnels situés dans la zone de compétence de l'autorité organisatrice des transports parisiens dont le handicap empêche d'utiliser les transports en commun)

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans la présente demande et m'engage à signaler immédiatement toute modification qui pourrait intervenir concernant ma résidence habituelle, mon lieu de travail ou les moyens de transport utilisés.

Je m'engage à fournir tout justificatif réclamé par l'administration à tout moment de l'année. L'administration se réserve le droit de demander toutes informations complémentaires dont elle aurait besoin dans le cadre des contrôles effectués.

Fait à

Le __ / __ / ____

Signature obligatoire

Validation service gestionnaire