




MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE



D.I.B.A.P 1
2G rue Général Delaborde
21000 DIJON
03.80. 44.84.00

FICHE DE RENSEIGNEMENTS TZR

(Entre l'établissement de **RATTACHEMENT** et
l'établissement d' **AFFECTATION**)

ETAT CIVIL	FONCTION
Civilité : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur Nom : Prénom : Nom de famille : Date de naissance : Domicile habituel le plus proche du lieu de travail : Code postal Ville..... Tél. :  Tout dossier incomplet sera retourné à l'intéressé(e).	Grade ou emploi / discipline : Nom et adresse de l'établissement RATTACHEMENT : Code postal Ville..... Nom et adresse de l'établissement AFFECTATION 1 : Code postal Ville..... Nom et adresse de l'établissement AFFECTATION 2 : Code postal Ville.....

TRANSPORT

Véhicule personnel (en l'absence de moyen de transport public adapté et sur autorisation . (DIBAP) (joindre copie carte grise + attestation d'assurance).	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Abonnement DIVIA (DIRH)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Abonnement SNCF (DIRH)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Autre (précisez)	

ETABLISSEMENT RATTACHEMENT Nom :

Dates de nomination : du/...../..... au/...../..... // Nombre d'heures :

EMPLOI DU TEMPS	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
Veillez détailler vos horaires de travail.						
Matin : : : : : : : : : : : :
Après midi : : : : : : : : : : : :

CERTIFIE EXACT A le Signature de l'intéressé (e)	CERTIFIE EXACT A le Cachet et signature du chef d'établissement de rattachement <i>obligatoire</i>
---	--

ETABLISSEMENT AFFECTATION 1 Nom :						
Dates de nomination : du/...../..... au/...../..... // Nombre d'heures :						
EMPLOI DU TEMPS	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
Veillez détailler vos horaires de travail.						
Matin : : : : : :
 : : : : : :
Après midi : : : : : :
 : : : : : :
CERTIFIE EXACT A le Signature de l'intéressé (e)			CERTIFIE EXACT A le Cachet et signature du chef d'établissement d'affectation <i>obligatoire</i>			

ETABLISSEMENT AFFECTATION 2 Nom :						
Dates de nomination : du/...../..... au/...../..... // Nombre d'heures :						
EMPLOI DU TEMPS	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
Veillez détailler vos horaires de travail.						
Matin : : : : : :
 : : : : : :
Après midi : : : : : :
 : : : : : :
CERTIFIE EXACT A le Signature de l'intéressé (e)			CERTIFIE EXACT A le Cachet et signature du chef d'établissement d'affectation <i>obligatoire</i>			

Si vous êtes affecté sur plus de deux établissements secondaires, veuillez compléter une fiche supplémentaire.