

ETAT DE LIQUIDATION

MENSUEL

DE L'INDEMNITE DE SUJETIONS SPECIALES
DE REMPLACEMENT (ISSR)
(pour les titulaires sur zone de remplacement)

ANNEE : 200.	MOIS :
NOM : PRENOM : DU TITULAIRE REMPLACANT	DISCIPLINE : CODE ADMINISTRATION :
NOM : PRENOM : DU TITULAIRE ABSENT	DISCIPLINE : CODE ADMINISTRATION :

❖ DUREE DE LA SUPPLEANCE

◆ Date de début : Date de fin :

❖ JOURS DE PRESENCE DANS L'ETABLISSEMENT :

(entourez chaque jour de présence pour le mois considéré en utilisant le calendrier ci-dessous)

1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	

Fait à
Le,

Signature du chef
d'établissement de la
suppléance

Signature de
l'Intéressé(e)

**A retourner au Rectorat – Service DPE en 2 exemplaires ,
accompagné obligatoirement de 2 copies de l'arrêté d'affectation et du PV d'installation**

**** RESERVE A L'ADMINISTRATION ****

❖ DISTANCE : Km

lieu de départ :
lieu d'arrivée :

❖ TAUX :