

**ETAT DE MISE EN PAIEMENT DE L'INDEMNITE DE SUJETION SPECIALE (ISSR) DUE AUX ENSEIGNANTS  
EFFECTUANT DES REMPLACEMENTS  
(décret 89-825 du 09-11-89)**

Mme  M.

Nom : .....

Prénom : .....

N° INSEE : .....

Corps : .....

Discipline : .....

Etablissement d'affectation : .....

.....

Souhaite bénéficier de l'ISSR pour le mois de : .....(\*)

Nombre de jours d'absence pour le mois de ..... :

**ATTENTION** : Joindre le ou les arrêtés d'affectation pour le mois concerné.

*Si le nombre réel de jours de suppléance est supérieur au résultat de la proratisation (personnel à temps partiel), joindre également l'emploi du temps.*

Signature de l'intéressé

Cachet et signature du chef d'établissement d'exercice



(\*) faire une demande par mois

Partie réservée à l'administration

Distance aller entre le lieu de rattachement administratif et le lieu où s'effectue le remplacement	Nombre de jours (début à fin du remplacement)	Nombre de jours d'absence à déduire	Nombre de jours indemnifiables	Quotité de travail	Nombre de jours à indemniser
Moins de 10 kms					
10 à 19 kms					
20 à 29 kms					
30 à 39 kms					
40 à 49 kms					
50 à 59 kms					
60 à 80 kms					