Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

académie Créteil
direction des services départementaux de l'éducation nationale Seine-Saint-Denis
éducation nationale

Service de gestion individuelle et financière
ENTF

Téléphone
01 43 93 72 05
Fax
01 43 93 72 65

8 rue Claude Bernard
93008 Bobigny cedex

http://www.dsden93.ac-creteil.fr

Horaires d'ouverture :
du lundi au vendredi
de 9h à 17h

Annexe 3

CRPE 1 : DOSSIER ADMINISTRATIF ET FINANCIER DES PROFESSEURS DES ECOLES STAGIAIRES

DOSSIER A COMPLETER ET A TRANSMETTRE EN DOUBLE EXEMPLAIRE AVEC LES PJ SUIVANTES UNIQUEMENT PAR COURRIER POSTAL OU DEPOT A L'ACCUEIL DE LA DSDEN AU PLUS TARD LE 20/07/2020 (merci de bien respecter le nombre de copie demandé)

☐ Deux copies recto verso de la pièce d'identité

☐ Deux copies de l'attestation de carte vitale ou de la carte elle-même avec votre propre numéro de sécurité sociale **lisible**

☐ Deux RIB avec votre nom et prénom (même si compte joint)

☐ La copie de votre diplôme le plus élevé obtenu (ou copie du relevé de notes des deux semestres avec mention « ADMIS »)

☐ La copie de tout document justifiant de la dispense de diplôme le cas échéant

☐ Le certificat médical d'aptitude établi par un médecin agrée (ce document peut être envoyé au plus tard le 21/08/20)

☐ Le dernier bulletin de salaire (pour un emploi dans la Fonction Publique)

☐ Une copie du livret de famille (pour les lauréats ayant des enfants)

☐ Une copie récente de votre acte de naissance pour les lauréats nés à l'étranger

Merci de préciser le type de concours que vous avez passé :
EXTERNE ☐ SECOND INTERNE ☐ TROISIEME CONCOURS ☐

NOM PATRONYMIQUE (nom de naissance) :
……

NOM D'USAGE (nom d'épouse) :
……

Prénom (1er prénom figurant sur la carte d'identité) :
……

NUMERO DE SECURITE SOCIALE (INSEE) *

/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ clé /__/__/

**Si vous n'avez pas de numéro de sécurité sociale individuel veuillez effectuer les démarches auprès de votre organisme de sécurité sociale*

DATE DE NAISSANCE : /___/___/___/___/___/___/

Pays de naissance :…….. **Département de naissance :**……..

Lieu-dit ou commune de naissance :……..

ADRESSE PERSONNELLE :
……

……

**Merci de signaler, à votre gestionnaire, tout changement d'adresse suite à la transmission de votre dossier.*

Adresse mail :……@……

Téléphone fixe : __ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / **Portable :** _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /
Situation de famille depuis le ……

☐CELIBATAIRE ☐MARIE (E) ☐VEUF (VE) ☐DIVORCE (E) ☐PACSE (E)

Pour les lauréats mariés ou pacsés merci d'indiquer le nom, prénom et la date de naissance de votre conjoint :

……

NBRE D'ENFANTS A CHARGE : /__/__/

DECLARATION SUR L'HONNEUR

NOM PATRONYMIQUE : ……...

NOM D'USAGE (nom d'épouse) : ……

Prénom : ……

☐ Je déclare sur l'honneur n'avoir jamais occupé de poste dans la Fonction Publique (Territoriale, Hospitalière ou de l'Etat)

☐ Je déclare avoir occupé un poste dans la Fonction Publique durant les 2 dernières années (depuis le 1er septembre 2018)
Joindre OBLIGATOIREMENT votre dernier bulletin de salaire

- Soit au Ministère de l'Education Nationale, y compris dans un établissement d'enseignement privé.

- Dans ce cas, merci d'indiquer votre NUMEN : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
et votre adresse mail académique : ……@……

Dernière période (si moins de 2 ans)	Fonction et grade	Académie/Etablissement (préciser le dernier service payeur)

Afin qu'on puisse vous rémunérer, nous devons demander votre CCP (certificat de cessation de paiement) à votre organisme payeur en charge de votre dernière rémunération, merci de nous transmettre impérativement les données ci-dessous :
Organisme payeur : ……
Téléphone : ……
Mail de l'organisme payeur :……@……
Mail de votre gestionnaire paie : ……@……

- Soit dans un autre ministère, une collectivité territoriale ou locale (exemple : mairie)

Dernière période (si moins de 2 ans)	Fonction, grade ou emploi occupé	Nom de l'établissement (préciser les coordonnées du dernier service payeur)

Afin qu'on puisse vous rémunérer, nous devons demander votre CCP (certificat de cessation de paiement) à votre organisme payeur en charge de votre dernière rémunération, merci de nous transmettre impérativement les données ci-dessous :
Organisme payeur : ……
Téléphone : ……
Mail de l'organisme payeur :……@……
Mail de votre gestionnaire paie : ……@……

☐ Autre situation ……
Date ……

SIGNATURE

DOCUMENT A COMPLETER EN JOIGNANT VOTRE RIB
AU FORMAT BIC/IBAN

NOM PATRONYMIQUE (nom de naissance) :
……

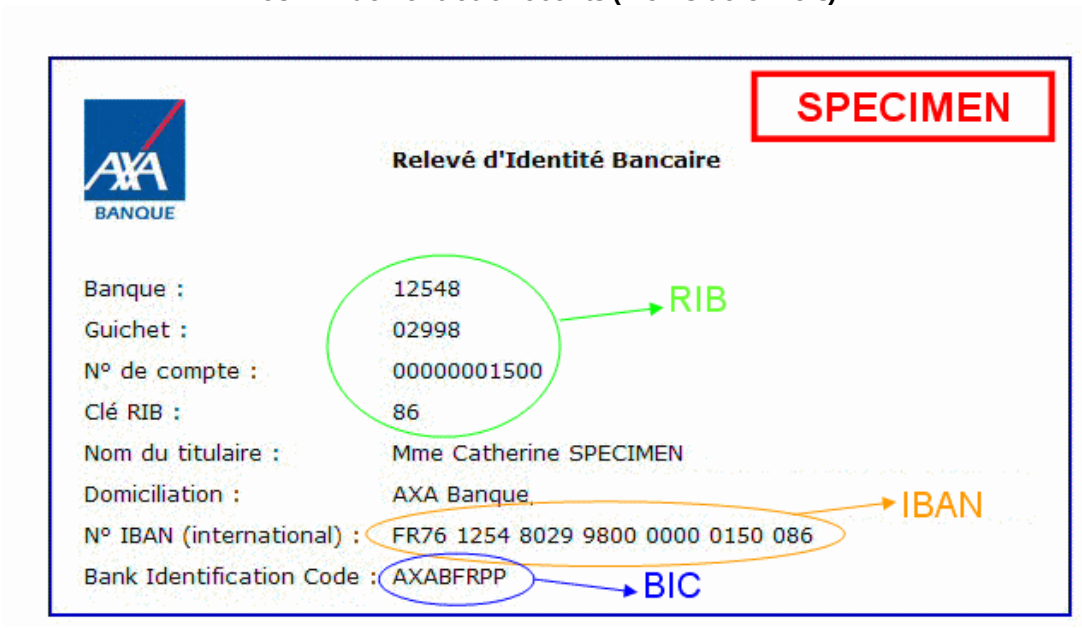
NOM D'USAGE (nom d'épouse) :
……

Prénom :
……

- *le RIB doit être au nom d'usage*
- *En cas de compte joint veuillez-vous assurer que vos nom et prénom apparaissent bien sur le RIB.*
- *Le RIB doit être d'un compte courant uniquement*
- *L'absence d'information entraîne rejet du RIB, en raison des erreurs constatées sur des dossiers (homonymes)*

Emplacement de vos coordonnées bancaires à agrafer ci-dessous
au même modèle que le spécimen:

Les RIB de compte épargne ne sont pas valables
Les RIB doivent être récents (moins de 3 mois)



SIGNATURE