

**PIECE A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A VOTRE DEMANDE DE
SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT :**

- Déclaration commune du choix de l'allocataire
- Renseignements concernant les enfants
- Attestations jointes au dossier suivant votre situation
- Copie intégrale du livret de famille
- Attestation CAF de moins de 3 mois indiquant le nom de tous les allocataires ainsi que le nom des enfants à charge (**à partir du 2^{ème} enfant**)
- Certificat de scolarité pour le(s) enfant(s) de plus de 16 ans
- Si séparation, toutes pièces fixant de la garde effective des enfants (jugement de divorce ou décision du tribunal)

DEMANDE DE SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT
Déclaration commune de choix de l'allocataire

Madame, Monsieur (1) est désigné(e) pour ouvrir le droit au Supplément Familial de Traitement.

SITUATION FAMILIALE	
<u>AGENT</u>	<u>CONJOINT (ou ex conjoint)</u>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
N° de sécurité sociale :	N° de sécurité sociale :
Adresse :	Adresse :
.....
Code postal :	Code postal :
Ville :	Ville :

Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Séparé(e) Divorcé(e) En concubinage Lié(e) par un PACS

Depuis le :

SITUATION PROFESSIONNELLE	
<u>AGENT</u>	<u>CONJOINT (ou ex conjoint)</u>
Grade :	Profession ou grade + discipline si fonctionnaire :
Discipline :	Nom et adresse de l'employeur :

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur la présente demande, ainsi que les documents joints, sont exacts et sincères.

Je m'engage à signaler tous les changements modifiant la présente déclaration.

Fait à, le

Signature obligatoire de l'agent

Signature obligatoire du conjoint (ou ex conjoint)

(1) Rayer la mention inutile

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS

ENFANTS A CHARGE AU SENS DES PRESTATIONS FAMILIALES (art. L 152 du Code de la Sécurité Sociale)					
- énumérés dans l'ordre chronologique des naissances -					
Nom et prénom	Date de naissance	Lien de parenté (1)	L'enfant vit-il avec vous ? (2)	Perçoit-il une aide au logement	Situations à préciser (3)
			Oui / non	Oui / non	

- (1) Mentionner le cas échéant, s'il s'agit de petit-fils ou petite-fille, frère ou sœur, neveu ou nièce.
- (2) Etant entendu qu'un enfant en pension dans un établissement scolaire est considéré comme résidant dans la famille.
- (3) Elève, étudiant, apprentissage, stage de formation professionnelle, contrat de qualification, étudiant salarié, activité salariée inférieure à 55% du S.M.I.C, sans activité professionnelle, demandeur d'emploi indemnisé ou non indemnisé, handicapé.

Je soussigné(e) certifie exacte la présente déclaration et m'engage à faire connaître immédiatement toute modification dans ma situation de famille susceptible d'amener un changement dans la nature des avantages familiaux auxquels je peux prétendre.

Fait à, le : Signature de l'allocataire:

ATTESTATION

ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE VIE NON MARITALE

A remplir si vous vivez seul(e)

Je soussigné(e) Madame, Monsieur (1)

Déclare sur l'honneur vivre seul(e) : (ni marié(e), ni en concubinage, ni vie maritale, ni PACS), et élever seul(e), mon (ou mes) enfant(s) depuis le

Inscrire le(s) nom(s) et prénom(s) (des) enfant(s) à charge :

-
-
-
-
-

1) Fournir une décision du tribunal fixant la résidence de votre (vos) enfant(s) ou un autre document vous confiant (les) enfant(s), s'il(s) a été (ont été) reconnu(s) par l'autre parent.

Je m'engage sur l'honneur à avertir immédiatement mon service gestionnaire de tout changement dans ma situation familiale.

Fait à, le

Signature

ATTESTATION

Attestation à remplir par l'employeur de votre conjoint(e) **ou ex-conjoint(e)**
exerçant une activité salariée publique ou privée

CERTIFICAT DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT(E) OU EX CONJOINT(E)

Je soussigné(e) :

Fonction exercée :

Nom de la société, ou raison sociale :

Certifie que Madame, Monsieur (1) :

employé(e) en qualité de :

depuis le :

ne perçoit pas le supplément familiale de traitement ou autres avantages à caractère familial au titre des enfants à charge (complément, sursalaire....)

perçoit le supplément familiale de traitement ou autres avantages à caractère familial au titre des enfants à charge depuis le

Pour les enfants :

NOM	PRENOM

Fait à, le

Signature et tampon de l'employeur

ATTESTATION

Attestation à remplir par votre conjoint(e) **ou ex-conjoint(e)**
sans activité ou exerçant une activité non salariée

Je soussigné(e) Madame, Monsieur (1)

déclare sur l'honneur :

exercer une activité libérale en qualité de

depuis le

(Veuillez apposer votre tampon professionnel auprès de votre signature)

être artisan ,auto entrepreneur, commerçant ou exploitant agricole, depuis le.....

et de ce fait ne pas percevoir de supplément familial de traitement

(Veuillez apposer votre tampon professionnel auprès de votre signature)

n'exercer aucune activité professionnelle depuis le

et m'engage à avertir le service gestionnaire de mon conjoint(e) ou ex conjoint(e) de tout changement dans ma situation professionnelle.

Je m'engage sur l'honneur à signaler tout changement modifiant la présente déclaration.

Fait à, le

Signature,

(1) Rayer la mention inutile

**ATTESTATION DE REVERSEMENT DU SFT A L'EX-CONJOINT(E)
APRES SEPARATION OU DIVORCE**

L'attestation doit obligatoirement être remplie par les deux parties pour mettre en paiement le SFT à l'allocataire fonctionnaire.

Je soussigné(e).....demande que le supplément familial de
traitement soit versé à mon ex-conjoint(e) :

Nom :

Prénom :

Grade :Discipline :

Employeur : RECTORAT
 DSDEN (indiquer le département)

Concernant les enfants :

NOM Prénom :

NOM Prénom :

NOM Prénom :

NOM Prénom :

Fait àle

Fait àle

Signature de l'allocataire

Signature de l'ex conjoint