

## DEMANDE D'ATTRIBUTION DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT DECLARATION SUR L'HONNEUR



### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE

Nom : Prénom :  
N° INSEE:  
Adresse :  
Affectation :

### SITUATION DE FAMILLE (cocher la case correspondante)

Célibataire  Concubinage (prouvé) le : / /  
Marié(e) le : / / Pacsé(e) le : / /  
Divorcé(e) le : / / Veuf(ve) le : / /  
Séparé(e) légalement le : / / Séparé(e) de fait le : / /

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT OU LE CONCUBIN

NOM : PRENOM :  
DOMICILE (si différent de celui du bénéficiaire) :

Exerce-t-il une activité professionnelle ? OUI NON  
Si oui, bénéficie-t-il d'un supplément familial de traitement de la part de son employeur ? OUI NON

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS A CHARGE

Nom	Prénom	Lien juridique(1)	Date de naissance	SITUATION (2)

(1) : légitime – adoptif – naturel – enfant du conjoint ou du concubin – placé sous tutelle – délégation de l'autorité parentale – recueilli  
(2) : étudiant – lycéen – collégien – salarié dont la rémunération ne dépasse pas 55% du SMIC – apprenti – scolarisé

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur que les renseignements indiqués sur le présent imprimé sont bien exacts et sincères. Je m'engage par ailleurs à prévenir immédiatement l'administration de tout changement intervenant dans ma situation familiale et professionnelle susceptible de modifier mes droits au Supplément Familial de Traitement, sachant que toute déclaration inexacte, incomplète ou tardive de ma part m'exposerait au remboursement des sommes indûment perçues.

**A , le**                      **Signature :**  
Visa du service gestionnaire :

*Cette demande doit être retournée au – Rectorat  
24 avenue Georges Brassens, CS 71003, 97743 Saint-Denis Cedex 9 – dûment remplie, datée et signée accompagnée :  
- d'une copie du livret de famille, et de tout document relatif à la situation familiale (ordonnance de non-conciliation, jugement de divorce, attestation de vie en concubinage, attestation de vie non-maritale, etc)  
- certificat de scolarité pour les enfants de plus de 16 ans poursuivant des études (compléter la page 2)  
- d'une attestation de non-versement du SFT établie par l'employeur de votre conjoint ou concubin (page 3)*

**SITUATION DES ENFANTS AGES DE 16 A 20 ANS  
( Remplir un imprimé par enfant si nécessaire )**

**1- Attributaire du supplément familial de traitement :**

Nom : Prénom :

Adresse :

Grade : Discipline :

Etablissement d'affectation : Ville :

**2- Renseignement relatif à l'enfant à charge :**

Nom : Prénom :

Né(e) le :

**3- Situation de l'enfant à charge :** (cocher la case correspondant à la situation)

Placé en apprentissage → **Joindre la photocopie du contrat d'apprentissage.**

En stage de formation professionnelle → **Joindre une attestation de l'organisme responsable du stage de formation professionnelle.**

Poursuivant ses études → **Joindre un certificat de scolarité.**

*Une activité professionnelle réduite n'est pas incompatible avec le maintien du SFT dès lors que la rémunération mensuelle n'excède pas 55% du SMIC mais vous devez fournir les bulletins de salaire de votre enfant ou l'avis de paiement Pôle emploi, selon le cas.*

Rappel : cet enfant ne doit pas bénéficier d'aide au logement (APL ou ALS) *Si votre enfant reçoit une aide au logement, il devient lui-même allocataire et cesse d'être compté comme enfant à charge. Dans ce cas vous ne pouvez plus être bénéficiaire du SFT. Vous êtes libre de choisir la situation la plus favorable pour vous et/ou votre enfant.*

Infirmes, handicapés ou atteints d'une maladie chronique → **Joindre impérativement une attestation indiquant que cet enfant ouvre droit à l'allocation d'éducation spéciale ainsi qu'un certificat médical attestant l'état de santé de votre enfant.**

Enfant n'entrant pas dans l'une des catégories énumérées, ci-dessus, et âgé de moins de 20 ans.

*Une activité professionnelle réduite n'est pas incompatible avec le maintien du SFT dès lors que la rémunération mensuelle n'excède pas 55% du SMIC mais vous devez fournir les bulletins de salaire de votre enfant ou l'avis de paiement Pôle emploi, selon le cas.*

Je soussigné(e), Nom Prénom

atteste sur l'honneur que mon enfant :

Nom Prénom

né(e) le à

dont j'assume la charge de manière permanente n'exerce aucune activité professionnelle.

A , le

Signature :

Enfant vivant en concubinage ou marié ou ayant conclu un pacte civil de solidarité.

Cet enfant n'est plus considéré comme étant à votre charge au sens du Code de la sécurité sociale.

→ **Joindre copie de l'acte de mariage ou du contrat de PACS ou du certificat de vie commune ou de concubinage.**

**4- DECLARATION SUR L'HONNEUR à compléter obligatoirement**

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce document sont exacts. Je m'engage à faire connaître immédiatement, par écrit, à mon service gestionnaire (DPEP pour le 1<sup>er</sup> degré, DPES pour le 2<sup>nd</sup> degré, DPATE pour les personnels ATSS, personnels d'inspection ou de direction, SIE pour les personnels AESH/APSH), tout changement dans la situation de mon enfant décrite ci-dessus. La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L.554-1 du code de la Sécurité sociale - Article 441-1 du code Pénal).

A , le

Visa du service gestionnaire :

Signature :

**Identification de l'agent**

Nom :  
 Prénom :  
 N° insee :  
 Fonction :

ETABLISSEMENT :

Si le conjoint est rémunéré par une administration, veuillez préciser :

- son grade
- sa discipline
- son lieu d'exercice
- son indice de rémunération nouveau majoré

**Cadre réservé au responsable de l'établissement**

Je soussigné, (Nom, Prénom, qualité) ,

certifie que Monsieur Madame (1) ,  
 employé(e) en qualité de ,

(1) perçoit de notre part un supplément familial de traitement depuis le :  
 concernant le ou les enfants à charge suivant(s) :

Nom, prénom	Date de naissance

(1) ne perçoit pas de notre part un supplément familial de traitement

Le présent formulaire est destiné au :

Cachet de l'autorité  
 délivrant l'attestation

Fait à  
 Signature :

Le

(1) *Cocher la case correspondante à la situation*

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la prise en charge de votre dossier. Les destinataires des données sont votre service gestionnaire (Rectorat et la DRFIP).*

*Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée dite loi « Informatique et libertés », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant par courrier au:*

*Rectorat, ( préciser service DPEP pour le 1<sup>er</sup> degré, DPES pour le 2<sup>nd</sup> degré, DPATE pour les personnels ATSS, personnels d'inspection ou de direction, SEI – service de l'école inclusive pour les personnels AESH/APSH ), 24 avenue Georges Brassens, CS 71003, 97743 Saint-Denis Cedex 9.*

*Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.*