académie Rennes

RÉGION ACADÉMIQUE BRETAGNE

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA JEUNESSE

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

Division des Personnels des Etablissements Privés

DPEP 2nd degré

DEMANDE D'ATTRIBUTION DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT (SFT)

COORDONNEES DE L'ENSEIGNANT

NOM d'usage : ..... Prénom : .....

NOM de naissance : .....

Etablissement d'affectation (Nom et ville) : .....

Adresse personnelle : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Tél : .....

Adresse mail académique : @ac-rennes.fr

SITUATION DE FAMILLE

☐ Marié(e) ☐ Vie maritale ☐ Pacsé(e)

☐ Célibataire ☐ Séparé(e) de fait ☐ Séparé(e) légalement

☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e)

date de la situation de famille: / /

ENFANTS A CHARGE

NOM - Prénom	Date de naissance	Lien juridique (légitime, naturel, adopté, enfant du conjoint, recueilli, sous tutelle)	Situation (scolaire, apprenti…)	Vit-il avec vous ?		Perçoit-il une aide au logement ?	
				OUI	NON	OUI	NON
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐

Un ou plusieurs de ces enfants sont-ils nés d'une précédente union ? ☐ OUI ☐ NON

Dans l'affirmative, l'ex-conjoint est-il (elle) en activité dans le secteur public ou assimilé ? ☐ OUI ☐ NON

Pièces justificatives à joindre :

Copie intégrale du livret de famille ou copie de l'acte de naissance de(s) enfant(s).

Pour les enfants de plus de 16 ans ; certificat de scolarité ou contrat d'apprentissage, de formation professionnelle, de qualification et copie du dernier bulletin de paie de l'apprenti.

Attestation de paiement de la Caisse d'Allocations Familiales indiquant les enfants à charge (**CAF - si au moins 2 enfants**)

Copie intégrale du jugement de divorce, de séparation de corps ou d'ordonnance de non-conciliation précisant à quel parent est confiée la garde de(s) enfant(s), ainsi que toutes conventions auxquelles se réfèrent ces documents.

Si un ou plusieurs enfants sont nés de(s) précédente(s) union(s), une attestation de non-paiement du SFT établie par l'employeur de chacun des parents.

SITUATION DU CONJOINT RESIDANT AVEC L'ENSEIGNANT

NOM : ..... Prénom : .....

☐ Sans activité ☐ A cessé de travailler depuis le .....

☐ En activité dans le secteur privé
Profession : ..... Nom et adresse de l'employeur : .....

.....

➢ Perçoit-il le supplément familial de traitement ou un avantage familial équivalent de son employeur ? ☐ OUI ☐ NON

☐ En activité dans le secteur PUBLIC ou ASSIMILE : dans ce cas faire le choix du bénéficiaire dans la déclaration ci-dessous signée par les 2 parents et pour le parent non bénéficiaire faire remplir par son employeur l'attestation de non-paiement de SFT ou d'un avantage similaire

Déclaration commune de choix du bénéficiaire du supplément familial de traitement (SFT)

Dans un couple de fonctionnaires ou d'agents publics, le bénéficiaire du SFT est désigné d'un commun accord

CE CHOIX NE PEUT ETRE MODIFIE AU COURS DES 12 MOIS QUI SUIVENT (Sauf en cas de changement de situation familiale)

M./Mme – NOM : ..... Prénom : .....

Grade : ..... ou fonction : .....

Est désigné(e) pour percevoir le supplément familial de traitement.

Fait à ..... le .....

Signatures des deux conjoints

Attestation de non-paiement du SFT établie par l'employeur (public ou assimilé) du parent qui réside avec l'agent demandant le SFT

☐ Administration d'Etat, Territoriale ou Hospitalière ☐ Organisme public ou financé sur fonds publics

☐ Autre – précisez : .....

Je soussigné(e) (NOM, qualité) : .....

certifie que, Monsieur, Madame ..... employé(e) dans mes services,

☐ perçoit depuis le : ..... ☐ le supplément familial de traitement (indice nouveau majoré : .....)

☐ un sursalaire « à caractère familial » mensuel de : ..... €

☐ ne perçoit pas de supplément familial de traitement ou de sursalaire « à caractère familial »

☐ n'a pas un statut lui permettant de recevoir le supplément familial de traitement

☐ a cessé de percevoir cet avantage depuis le : .....

Cachet de l'employeur Fait à ..... le .....

DECLARATION SUR L'HONNEUR

La loi rend passible d'amende quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations

Je soussigné(e) ..... certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce document sont exacts.

Je m'engage à signaler tout changement de situation modifiant cette déclaration.

Fait à ..... , le .....

Signature