

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

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE AGENT NON TITULAIRE**

NOM : ..... PRENOM : .....

N° INSEE : .....

DOMICILE : .....

AFFECTATION : .....

**GRADE ET DISCIPLINE** .....

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Célibataire                                     | <input type="checkbox"/> Concubinage (prouvé) le : ..... / ..... / ..... |
| <input type="checkbox"/> Marié(e) le : ..... / ..... / .....             | <input type="checkbox"/> Pacsé(e) le : ..... / ..... / .....             |
| <input type="checkbox"/> Divorcé(e) le : ..... / ..... / .....           | <input type="checkbox"/> Veuf(ve) le : ..... / ..... / .....             |
| <input type="checkbox"/> Séparé(e) légalement le : ..... / ..... / ..... | <input type="checkbox"/> Séparé(e) de fait le : ..... / ..... / .....    |

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT OU LE CONCUBIN**

NOM : ..... PRENOM : .....

DOMICILE (si différent de celui du bénéficiaire) : .....

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR : .....

Bénéficie-t-il d'un supplément familial de traitement de la part de son employeur ? ☐ OUI ☐ NON

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS A CHARGE**

NOM	PRENOM	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 l'ensemble des renseignements indiqués sur le présent imprimé est bien exact et sincère.

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, **DPES 1 (pour les Certifiés) ou DPES2 (pour les PLP)** - Division des Personnels de l'Enseignement Secondaire, 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.)
- d'une attestation de non-versement du SFT établie par l'employeur de votre conjoint ou concubin (page 3)
- d'un certificat de scolarité pour les enfants de plus de 16 ans poursuivant des études (et compléter la page 2)

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

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

Grade : ..... Discipline : .....

Etablissement d'affectation : ..... Ville : .....

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

NOM : ..... PRENOM : .....

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 (Rappel : cet enfant ne doit pas bénéficier d'aide au logement (APL ou ALS)) → **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 avis de paiement Assedic, selon le cas.*

Je soussigné(e), Nom ..... Prénom .....  
atteste sur l'honneur que mon enfant :

Nom ..... Prénom .....

né(e) le ..... à .....

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

A ..... , le .....

Signature :

☐ Infirme, handicapé ou atteint d'une maladie chronique → **Joindre impérativement une attestation indiquant que cet enfant ouvre droit à l'allocation d'éducation spéciale et 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 avis de paiement Assedic, selon le cas.*

Je soussigné(e), Nom ..... Prénom .....  
atteste sur l'honneur que mon enfant :

Nom ..... Prénom .....

né(e) le ..... à .....

dont j'assure 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 A 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, au service **DPES**, 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 .....

Signature :

Visa du service gestionnaire :

# ATTESTATION A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT

## Identification de l'agent

NOM :

.....

PRENOM :

.....

N° INSEE :

.....

GRADE ET DISCIPLINE : .....

ETABLISSEMENT :

.....

## A remplir par l'employeur du conjoint

Je soussigné, (Nom, Prénom, qualité) .....

Certifie que Monsieur/Madame <sup>(1)</sup> .....

Employé(e) en qualité de .....

(2) ☐ **perçoit** de notre part un supplément familial de traitement depuis le : .....

**Concernant le ou les enfants à charge suivant(s) :**

NOM et PRENOM	Date de naissance

(2) ☐ **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 ..... Le .....

Signature :

(1) Rayer la mention inutile

(2) Cocher la case correspondante à la situation

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

- son grade .....
- sa discipline .....
- son lieu d'exercice.....

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 – DSM) et la DRFIP.

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, 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, **DPES**, 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.