|  |  |
| --- | --- |
|  | **CONTROLE ET SUIVI DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT** |
|  |  |
|  | Document à compléter et renvoyer au gestionnaire de rémunération principale  (D.S.D.E.N. pour les enseignants du 1er degré - Rectorat pour les personnels ATSS et enseignants du second degré). |
| □ Je perçois le SFT et ma situation n’a pas changé depuis l’année scolaire **2020-2021** | 🡺 Retourner le document dûment complété et signé, accompagné de l’attestation de l’employeur du conjoint ; **Attestation de paiement CAF** |
|  | 🡺 pour les enfants âgés de plus de 16 ans, joindre obligatoirement un certificat de scolarité, contrat d'apprentissage, contrat d'alternance… |
| □ Je ne reçois pas le SFT et souhaite en bénéficier à compter du : / / | 🡺 retourner le dossier dûment complété et signé, accompagné de l’attestation de l’employeur du conjoint ; **Attestation de paiement CAF** |
| □ Je perçois le SFT et ma situation familiale a changé depuis l’année scolaire 2020-2021 | 🡺 pour les enfants âgés de plus de 16 ans, joindre obligatoirement un certificat de scolarité, contrat d'apprentissage, contrat d'alternance… |
|  | 🡺 joindre tout document relatif à la situation familiale (livret de famille, jugement de divorce, ordonnance de non conciliation…) |

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE** :

|  |  |
| --- | --- |
| NOM D’USAGE: ………………………………………………... | NOM DE NAISSANCE: …………………………………………… |
| PRENOM: …………………………………………….................. | N° INSEE (S.S.): …../……./….…./….…./………./…...…./……. |
| ADRESSE : ………………………………………………………………………………………………………………………………….. | |
| ……………………………………………………………………. | TELEPHONE : ………………………………… |
| COURRIEL : ………………………………………………………………………………………………………………………………… | |

SITUATION **FAMILIALE (cocher la case correspondante) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **❑ célibataire ……………...……….………..** | **❑ marié(e) depuis le ……………...……….…………** | |
| ❑ séparé(e) depuis le ……………...……….………… | ❑ divorcé(e) depuis le ……………...……….………. | |
| ❑ vie maritale ou couple ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité depuis le ……………...……….…………… | | |
| ❑ veuf(ve) depuis le ……………...……….…………. | |

**Enfants à Charge**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom prénom des enfants | Date de naissance | Lien de parenté (légitime/naturel/enfant conjoint…) | Situation (scolarisé/étudiant/ apprenti…) | Enfant à votre charge effective et permanente  Oui/Non | Précisez le nom de l'autre parent si ce dernier n'est pas le conjoint |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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 intéressé, tout changement modifiant cette déclaration.

A …………..……………………………… , le ………………………………. Signature :

**DETERMINATION DE L'ATTRIBUTAIRE**

***(à compléter par les personnes mariées, vivant en couple/ayant conclu un PACS, ou divorcées si garde alternée des enfants; l'option ne peut être remise en cause qu'au bout d'un an, sauf changement de situation)***

Le couple d'un commun accord désigne comme attributaire du SFT (cocherla case correspondante) : ❑ Parent 1 ❑ Parent 2

*pour une durée d'un an.*

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………….

à compter du …………………………  **Signature de Parent 1 Signature de Parent 2**

**ATTESTATION A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT**

Je soussigné(e) (Nom et qualité du signataire) : …….……………………………………………………………………………

atteste que M(me) ….……………………………………….……………… employé(e) depuis le ………………..……………

en qualité de ……………………………………………………….. dans (dénomination sociale de l'employeur)………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1) | Bénéficie du supplément familial de traitement alloué aux fonctionnaires de l'Etat en vertu des dispositions du décret n°51-619 du 14 mai 1951 (cocher la case correspondante).  en vertu des dispositions du décret n°51-619 du 14 mai 1951. ² | ❑ oui | ❑ non |
| 2) | Perçoit un avantage familial, au titre d'un statut particulier, qui lui confère, de ce fait, une rémunération supérieure à celle d'un employé de même catégorie n'ayant pas d'enfant à charge ², appelé : ……………………………………………………………….. | ❑ oui | ❑ non |

Au titre de ou des enfant(s), ci-dessous, désignés :

|  |  |
| --- | --- |
| Nom – Prénom | Date de naissance |
| ……………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………… | ……………………………………..  ……………………………………..  ……………………………………..  ……………………………………...  ……………………………………...  ……………………………………...  ……………………………………... |

Ne bénéficie plus de supplément familial de traitement à compter du …...………………………………………………

CACHET DE L'EMPLOYEUR Fait à ………………………………………… , le …..………………………….

Signature

**GARDE ALTERNEE**

**ATTESTATION A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR DE L’EX-CONJOINT**

**PARENT DU OU DES ENFANT(S)**

Je soussigné(e) (Nom et qualité du signataire) : …….……………………………………………………………………………

atteste que M(me) ….……………………………………….……………… employé(e) depuis le ………………..……………

en qualité de ……………………………………………………….. dans (dénomination sociale de l'employeur)………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1) | Bénéficie du supplément familial de traitement dans le cadre de la garde alternée allouée aux fonctionnaires de l'Etat en vertu des dispositions du décret n°85 l-1148 du 24/04/85 art.11 bis 11 ter. (Cocher la case correspondante) | ❑ oui | ❑ non |
| 2) | Perçoit un avantage familial, au titre d'un statut particulier, qui lui confère, de ce fait, une rémunération supérieure à celle d'un employé de même catégorie n'ayant pas d'enfant à charge ², appelé : ……………………………………………………………….. | ❑ oui | ❑ non |

Au titre de ou des enfant(s), ci-dessous, désignés :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOM | PRENOM | Garde alternée  O/N |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nombre d’enfant à charge au sens de la garde alternée:

Montant du SFT versé à l’agent :

CACHET DE L'EMPLOYEUR Fait à ………………………………………… , le …..………………………….

Signature