

Division des Personnels
Enseignants du 1^{er} degré
Bureau DPE2
Section 1
Affaire suivie par :
Murielle Vernay
Tél : 04 72 80 68 95

SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

Le Supplément Familial de Traitement (SFT) est un élément de rémunération versé aux personnels selon le nombre d'enfants à charge. Dans un couple, il est cumulable avec un autre élément de même nature, sauf pour un couple de fonctionnaires ou assimilés où le choix du bénéficiaire doit être effectué. Ce choix ne peut être remis en cause pendant une période d'une année.

Le SFT est versé pour les enfants de 1 mois à 16 ans sans justificatif et pour les enfants de 16 à 20 ans sur présentation d'un certificat de scolarité.

Veuillez compléter ce document afin de permettre l'étude de votre droit au SFT.

SITUATION DE L'AGENT

Nom d'usage, prénom :

Numéro de sécurité sociale :

Vous vivez seul(e) : complétez l'attestation n°3.

Vous êtes marié(e), pacsé(e), en concubinage (*ayer les mentions inutiles*)

et votre conjoint est également fonctionnaire ou assimilé (EDF, SNCF,...) complétez les attestations n° 1 et 2

et votre conjoint n'est pas fonctionnaire, complétez l'attestation n°1

joindre copie complète du livret de famille + attestation de paiement de la CAF + certificat de scolarité pour enfant de 16 à 20 ans

En cas de divorce ou de séparation, fournir la photocopie du jugement vous confiant la garde de(s) l'enfant(s).

ENFANTS (*les vôtres et ceux de votre conjoint(e), partenaire PACS, concubin(e)*).

NOM	Prénom	Date de naissance	En avez-vous la garde ?	
			OUI	NON
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je m'engage à signaler immédiatement tout changement susceptible de survenir dans ma situation familiale ou professionnelle ou celle de mes enfants.

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

Fait à, le
Signature précédée de « *lu et approuvé* »

Attestation n° 1

Partie à remplir par l'employeur du (de la) conjoint (e) ou concubine(e) salarié(e) ou du partenaire d'un PACS

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

NOM ou Raison

sociale :

Adresse :

.....

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

(Application de l'instruction n° 744 B1 V 36 du 17/01/74 de la Direction de la Comptabilité Publique)

Je soussigné(e)

♦ Organisme privé

♦ Organisme privé auquel le caractère de service public a été reconnu par le Conseil d'Etat

(Rayer les mentions inutiles)

certifie que M employé(e) dans mon entreprise depuis le.....

Ne perçoit pas mensuellement ou trimestriellement de supplément de salaire à caractère familial.

Perçoit mensuellement ou trimestriellement un supplément familial de traitement s'élevant àeuros(*) depuis le

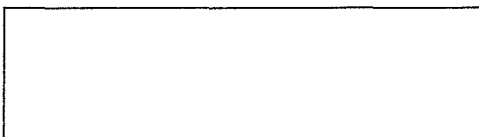
Pour les enfants (nom, prénom, date de naissance) :

-
-
-
-

Ale,

Signature

Cachet de l'entreprise



(*) Je vous précise que les avantages perçus semestriellement ou annuellement (exemple : indemnités de vacances, primes de fin d'année, prime de scolarité, etc...) ne doivent pas figurer sur cette attestation.

Attestation n° 1 bis

Partie à remplir par le (la) conjoint (e) ou le (la) concubine(e) ou du partenaire d'un PACS, si **non salarié(e) ou sans activité**

Nom, Prénom :

Profession :

Certifie ne pas percevoir de supplément familial de traitement ou un avantage de même nature pour l'enfant ou les enfants suivants (s) : (nom, prénom, dates de naissance) :

-
-
-

Date et signature

CHOIX DU BENEFICIAIRE DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT (S.F.T.)
DANS UN COUPLE DE FONCTIONNAIRES OU D'AGENTS PUBLICS

Monsieur

et

Madame

N° SS

N° SS

Employeur

Employeur

Grade

Grade

Indice

Indice

Désignent d'un commun accord :

Monsieur

Madame

Comme bénéficiaire du S.F.T.

au titre des enfants à charge ci-dessous désignés :(nom, prénom, date de naissance) :

-
-
-
-

*** ** ***

Cette option ne pourra être remise en cause qu'au terme d'un délai d'un an sauf changement de situation familiale (divorce, séparation, ...)

Lu et approuvé

Date

Signatures,

Monsieur

Attestation n° 3

Partie à remplir si vous vivez seul(e)

Je soussigné(e) (nom, prénom)

Institutrice

Professeur des écoles

Certifie sur l'honneur que depuis le :

Je vis seul(e) et que j'ai à ma charge mon (mes) enfants(s) :

(nom, prénom, date de naissance) :

-
-
-
-

Je m'engage à prévenir immédiatement la DSDEN – DPE 4 de tout fait qui viendrait modifier cette déclaration.

Fait à, le.....

Signature

**La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement
quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations
(Art. L 544.1 du Code de Sécurité Sociale – Art. 150 du Code Pénal)**