

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

### COORDONNEES DE L'ENSEIGNANT

NOM d'usage : ..... Prénom : .....

NOM de famille : .....

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

Adresse personnelle : .....

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

### SITUATION DE FAMILLE

- Marié(e)       Vie maritale       Pacsé(e)  
 Célibataire       Séparé(e) de fait       Séparé(e)  
 Veuf(ve)       Divorcé(e)

depuis le : .....

### ENFANTS A CHARGE

NOM - Prénom	Date de naissance	Lien juridique (légitime, naturel, adopté, enfant du conjoint, recueilli,	Situation (scolaire)	Vit-il avec vous ?		Perçoit-il une aide au	
				OU	NO	OUI	NO
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Un ou plusieurs de ces enfants sont-ils nés d'une précédente union ?  OUI  NON  
 Dans l'affirmative, l'ex-conjoint(e) 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).

**Certificat de scolarité** pour les enfants de plus de 16 ans ; **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.

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

**Si un ou plusieurs enfants sont nés d'une précédente union**, une attestation de non-paiement établie par l'employeur de l'ex-conjoint.

## SITUATION DU CONJOINT DE 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