



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



académie  
Aix-Marseille  
direction des services  
départementaux  
de l'éducation nationale  
Bouches-du-Rhône

Division des personnels

Bureau de la gestion  
individuelle et financière  
des enseignants du 1<sup>er</sup> degré  
DPE1  
Le chef de bureau

Dossier suivi par  
Françoise TAVERNIER

Téléphone  
04 91 99 67 31  
Fax  
04 91 99 66 75

Mél.  
ce.dpe13-chef1@ac-aix-  
marseille.fr

28-34 boulevard  
Charles Nédelec  
13231 Marseille  
cedex 1

Le directeur des services départementaux  
de l'éducation nationale

à

Mesdames et Messieurs les Professeurs des écoles  
arrivant dans le département,  
Mesdames et Messieurs les Professeurs des écoles  
stagiaires

Marseille, le 14 mai 2019

**OBJET : Nomination dans le département des Bouches du Rhône 2019/2020  
Prise en charge financière des professeurs des écoles stagiaires ou  
contractuels et des professeurs des écoles arrivant dans le département.**

Vous venez d'être affectés dans le département des Bouches du Rhône. Afin d'effectuer votre prise en charge financière dans les meilleures conditions, j'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir compléter les documents ci-joints :

- ✓ **Une notice individuelle de prise en charge financière** où doivent figurer impérativement votre adresse (à justifier par une facture de fournisseur d'énergie, une quittance de loyer, etc.), votre numéro de téléphone portable et votre adresse électronique personnelle.
- ✓ **La déclaration sur l'honneur en deux exemplaires (uniquement pour les PE stagiaires ou contractuels)** et tout particulièrement, si vous êtes concerné(e), la partie encadrée qui précise l'ancien NUMEN, les coordonnées de votre ancien employeur et une copie de votre dernière fiche de paye.
- ✓ **Deux Relevés d'Identités Bancaires ORIGINAUX** du compte chèque libellés à votre nom d'usage, (les chèques annulés ne sont pas acceptés par les services de la Direction Régionale des Finances Publiques). Si vous avez un compte joint ou qu'il n'est pas ouvert au nom patronymique, **votre nom et votre prénom visibles en entier doivent obligatoirement apparaître sur le R.I.B.** A défaut, vous devez en faire la demande auprès de votre banque.
- ✓ Les imprimés de **Supplément Familial de Traitement (SFT) en double exemplaire, seulement si vous avez des enfants à charge (âgés de moins de 20 ans)**, accompagnés des pièces justificatives (photocopie du livret de famille et certificat de scolarité des enfants ayant plus de 16 ans).

Vous devrez, en plus des documents renseignés ci-dessus, me communiquer :

- ✓ La copie lisible et exploitable de votre **carte VITALE**, ou une attestation de numéro de sécurité sociale,
- ✓ la copie du **livret de famille**, si vous avez des enfants,
- ✓ la copie lisible et exploitable de votre **carte nationale d'identité**,

- ✓ la copie éventuelle de votre PACS, acte de mariage, etc.
- ✓ Une attestation de la CAF, à jour de moins de 3 mois, si vous avez 2 enfants et plus et que vous demandez le paiement du S.F.T. ci-dessus,
- ✓ Un justificatif de domicile (quittance, facture, etc.).

**Pour les PE stagiaires ou contractuels 2019/2020, vous devrez envoyer, en plus des documents ci dessus :**

- ✓ Une copie de votre certificat de la journée d'appel pour la défense (JAPD), ou de la journée défense et citoyenneté (JDC),
- ✓ Une copie de votre **diplôme** de master 2 ou un justificatif précisant le nombre de points acquis ou à défaut le diplôme le plus élevé (diplôme le plus élevé pour les contractuels)
- ✓ Les résultats de votre visite médicale pour votre aptitude à l'emploi et l'imprimé d'honoraires médicaux obligatoires **duement complétés et signés par le médecin agréé** (voir liste des médecins agréés sur le site de l'Agence Régionale de Santé du département) **qui font l'objet d'une autre circulaire explicative,**
- ✓ Les divers documents demandés dans le cadre de la circulaire de reclassement d'échelon des stagiaires (peuvent être envoyés courant septembre). Documents à regrouper

**L'ensemble de ces documents devra être remis, à partir du 03/06/2019 et au plus tard, le 19/07/2019 (fermeture de la DSDEN 13, du 20/07/2019 au 18/08/2019) au 4<sup>ème</sup> étage - Bureau DPE1**

**Les professeurs des écoles arrivant d'un autre département doivent renvoyer ces documents par courrier uniquement à l'adresse suivante :**

**DSDEN – DPE1 – 28 Bd Charles Nedelec – 13231 Marseille cedex 1**

**Avant le 19/07/2019**

**Tout dossier incomplet ou hors délais peut entraîner un retard de paiement**

✓ **Le certificat d'installation est à signer par le directeur d'école dès votre prise de fonction le jour de la pré-rentrée pour les PE ou d'arrivée pour les PE stagiaires et à renvoyer immédiatement par télécopie : 04.91.99.66.75 ou par courriel scanné à l'adresse électronique : [ce.dpe13-chef1@ac-aix-marseille.fr](mailto:ce.dpe13-chef1@ac-aix-marseille.fr).**

Ce document est indispensable aux services de la Direction Régionale des Finances Publiques pour vous rémunérer.

**De même, vous devez impérativement renvoyer après signature et par la voie hiérarchique votre arrêté de nomination valant P.V d'installation**, sous peine de ne pas percevoir les éventuelles indemnités liées au poste sur lequel vous êtes affecté.

Pour tous renseignements complémentaires concernant votre situation financière et la délivrance de votre NUMEN, je vous invite à prendre directement contact avec votre gestionnaire de paye, dès votre prise de poste dans le département des Bouches du Rhône, par l'intermédiaire de l'application «I-prof», qui met à votre disposition une messagerie électronique personnelle

Enfin, vous trouverez par l'intermédiaire du PIA 1<sup>er</sup> degré ou du site Internet de la D.S.D.E.N des Bouches du Rhône, <http://www.ac-aix-marseille.fr/pid30948/personnels.html> tous les renseignements utiles sur son fonctionnement.

Pour le directeur académique,  
Le secrétaire général

Vincent LASSALLE

DIRECTION ACADEMIQUE DES BOUCHES DU RHONE

PE stagiaire ou  PE Contractuel ou  PE arrivant dans le département

**NOTICE INDIVIDUELLE DESTINEE A LA GESTION FINANCIERE**

Etablissement d'affectation (si connu):		N° INSEE : (n° sécurité sociale)
Mr Mme	Nom d'usage :	Prénom :
Date naissance : jj/mm/aaaa		Nom de jeune fille :
Lieu naissance : Dépt :		
Adresse personnelle (à justifier : quittance, facture, etc.)		Situation de famille : (joindre le justificatif – sauf pour les célibataires)
N° téléphone : N° Portable :		Célibataire <input type="checkbox"/>
Courriel personnel :		Concubinage <input type="checkbox"/>
<u>Tout changement d'adresse doit être signalé et justifié</u>		Veuf(ve) <input type="checkbox"/>
		Divorcé(e) <input type="checkbox"/>
		Séparé(e) <input type="checkbox"/>
		Pacs <input type="checkbox"/>
		Marié(e) <input type="checkbox"/>
		A compter du :

**EMPLOIS OCCUPES PENDANT LES 3 DERNIERES ANNEES SCOLAIRES**

	Fonction	Etablissement ou employeur	Organisme payeur
Année scolaire 2018-2019			
Année scolaire 2017-2018			
Année scolaire 2016-2017			

Mode de paiement	Banque	N° compte bancaire	Les agents doivent joindre DEUX originaux de relevé d'identité bancaire à cette fiche + livret de famille (éventuellement)
	agence + ville :		

**Nota** : Les personnels cotisant à la MGEN ou MAGE doivent prendre contact avec la section local Marseille pour le prélèvement

Conjoint	Nom	Prénom	Nom jeune fille
Situation du conjoint	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire ou agent de l'état	Nom, adresse de l'employeur	
	<input type="checkbox"/> Non fonctionnaire	Indice nouveau majoré :	
	<input type="checkbox"/> Sans profession	Profession :	
	<input type="checkbox"/> Retraite pensionné	Nature de la pension :	
<b>ENFANT</b>			
Nom Prénom	Date naissance	Lien juridique Légitime, adopté, recueilli, confié	Observations Etudes, apprentissage, infirme, plus à charge

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
Signature,

**DECLARATION SUR L'HONNEUR**  
**(A remplir seulement par les PE Stagiaires ou contractuels 2019/2020)**

Je soussigné(e),

NOM : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

N° de sécurité sociale : |\_| |\_| || |\_| |\_| || |\_| |\_| || |\_| |\_| || |\_| |\_| || |\_| |\_| (clé)

Demeurant : N° ..... Nature de la voie : .....

Lieu-dit/hameau (éventuellement mention complémentaire) : .....

Code postal |\_|\_| |\_|\_|\_| Commune : .....

Téléphone fixe: ..... Téléphone portable : .....

Déclare sur l'honneur

(1) n'avoir jamais exercé d'activité rémunérée dans la fonction publique (\*), y compris en qualité d'auxiliaire, de contractuel, de maître d'un établissement privé sous contrat, ou employé dans le cadre d'un contrat emploi solidarité (CES), ou celui des emplois jeunes.

(1) exercer (actuellement)

Votre NUMEM :

(1) avoir exercé

Education Nationale, précisez

Votre NUMEN :

Une activité rémunérée dans la fonction publique (précisez fonction, lieu, périodes, nom et adresse de l'administration gestionnaire)

.....

.....

.....

.....

(joindre la copie du dernier bulletin de paie, ne pas oublier de démissionner pour obtenir un certificat de cessation de paiement)

Par ailleurs, je certifie :

(1) ne pas percevoir actuellement :

- D'allocation de recherche
- D'allocation formation de reclassement
- D'allocation parentale d'éducation
- D'allocation pour perte d'emploi (chômage)
- De pension de retraite.

(1) ne pas être en congé parental, en congé de formation, en disponibilité d'une autre administration ou d'une autre académie.

(1) que je n'ai pas effectué d'intervention ou de vacation, et que je n'en effectue pas actuellement dans le cadre d'une autre action ou d'une autre administration.

(1) (2) que j'ai effectué (nombre) ..... Heures de vacations

Au titre de : .....

Pour la période du : ..... Au : .....

Fait à : ..... le : .....

(Faire précéder de la mention « lu et approuvé » Signature.

(\*) (d'Etat ou Territoriale)

(1) Cocher les cases correspondantes à votre situation

(2) à ne remplir que par les personnels effectuant des vacations

**DEMANDE DE SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT**

(Décret n°85-1148 du 24 octobre 1985 modifié)

**Renseignements relatifs à la famille****Monsieur**

NOM : ..... Prénom : .....

**- Si vous êtes fonctionnaire ou assimilé, préciser :**Grade : ..... Discipline (pour les enseignants du 2<sup>nd</sup> degré) : .....Si vous êtes dans l'Education Nationale, préciser l'établissement d'affectation : N° / 0 / / / / / / / / <sup>1</sup>

Dénomination ..... Ville : .....

**- Si vous n'êtes pas fonctionnaire ou assimilé, préciser :**

Profession : ..... exercée depuis le .....

Employeur et adresse de l'employeur : .....

N'exerce pas d'activité depuis le .....

**Madame**

NOM (de jeune fille) : ..... NOM D'USAGE ..... Prénom : .....

**- Si vous êtes fonctionnaire ou assimilée, préciser :**Grade : ..... Discipline (pour les enseignants du 2<sup>nd</sup> degré) : .....Si vous êtes dans l'Education Nationale, préciser l'établissement d'affectation : N° / 0 / / / / / / / / <sup>1</sup>

Dénomination ..... Ville : .....

**- Si vous n'êtes pas fonctionnaire ou assimilée, préciser :**

Profession : ..... exercée depuis le .....

Employeur et adresse de l'employeur : .....

N'exerce pas d'activité depuis le .....

**Situation de famille. <sup>2</sup>**

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 .....

**Adresse de la Famille (en cas de divorce avec garde alternée des enfants, indiquer l'adresse du père et de la mère) :**.....  
.....  
.....

**Enfants à charge âgés de moins de 20 ans et vivant à votre foyer :**

Nom – Prénom	Date de naissance	Lien de parenté (fils, fille, neveu, nièce ...)	Situation (Préciser si : élève, apprenti, étudiant ...)

*Rappel : les enfants à charge ne doivent pas percevoir l'allocation personnalisée au logement (APL) ou l'allocation logement sociale (ALS).*

**Enfants qui ne sont pas à votre charge âgés de moins de 20 ans :**

Etes vous le parent d'autres enfants qui ne sont pas à votre charge <sup>3</sup> oui non Si oui, précisez les ci-dessous.

Nom – Prénom	Date de naissance	Lien de parenté (fils, fille, neveu, nièce ...)	Situation (Préciser si : élève, apprenti, étudiant ...)

**Détermination 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 <sup>3</sup> : Monsieur Madame  
pour une durée de 6 mois (uniquement en cas de divorce avec garde alternée des enfants)

À compter du ..... **Signature de Monsieur**

**Signature de Madame**

**Déclaration sur l'honneur**

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. 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 .....

(Faire précéder la signature de la mention :

« Lu et signé en toute connaissance de cause ») **Signature de l'attributaire**

ATTESTATION CONCERNANT LE SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

**Attributaire**

NOM D'USAGE : ..... PRENOM : .....  
 ADRESSE : .....  
 Grade : ..... Discipline : ..... Etablissement d'affectation : N° / 0 / / / / / / / / <sup>1</sup> dénomination  
 ..... Ville : .....

**A compléter pour une personne vivant seule : Situation de famille <sup>2</sup>**

Célibataire  
 Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Fin de vie maritale ou de contrat de pacte civil de solidarité depuis le .....  
 Je certifie vivre seul(e), sans conjoint(e) ni concubin(e).

**Personne mariée ou vivant maritalement ou ayant contracté un pacte civil de solidarité : Situation professionnelle du conjoint <sup>3,2</sup>**

NOM : ..... PRENOM : .....  
 N'exerce pas d'activité depuis le .....  
 Exerce la profession de ..... depuis le .....  
 Désignation de l'entreprise : .....  
 Fonctionnaire ou assimilée \* : grade ..... discipline : .....  
 lieu d'exercice .....

- Toutefois, si votre conjoint <sup>3</sup> exerce dans un établissement du 1<sup>er</sup> ou du 2<sup>nd</sup> degré public ou privé, ou dans un service académique de l'Académie d'Aix-Marseille, veuillez préciser son grade, sa discipline et son lieu d'exercice. Dans ce cas, il est inutile de faire compléter l'attestation ci-après ( ).

**Enfants à charge et vivant à votre foyer âgés de moins de 20 ans :**

Nom – Prénom	Date de naissance	Lien de parenté (fils, fille, neveu, nièce ...)	Situation (Préciser si : élève, apprenti, étudiant ...)

**Rappel : les enfants à charge ne doivent pas percevoir l'allocation personnalisée au logement (APL) ou l'allocation logement sociale (ALS).**

**Enfants qui ne sont pas à votre charge âgés de moins de 20 ans :**

Etes vous le parent d'autres enfants qui ne sont pas à votre charge <sup>2</sup> oui non Si oui, précisez les ci-dessous.

Nom – Prénom	Date de naissance	Lien de parenté (fils, fille, neveu, nièce ...)	Situation (Préciser si : élève, apprenti, étudiant ...)

<sup>1</sup> ces références figurent sur le bulletin de paie en haut à gauche. <sup>2</sup> cocher la case correspondant à la situation. Ed. 04 - 2008

<sup>3</sup> celui ou celle du couple qui n'a pas été désigné comme l'attributaire du SFT, que le couple soit marié, en vie commune ou ayant conclu un pacte civil de solidarité.

**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  
en vertu des dispositions du décret n°51-619 du 14 mai 1951. <sup>2</sup>

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 <sup>2</sup>, appelé :

oui  
non

Au titre des enfants, ci-dessous, désignés :

NOM – PRENOM	DATE DE NAISSANCE

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

CACHET DE L'EMPLOYEUR

Fait à ....., le .....  
Signature

*A compléter dans tous les cas.*

**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

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. 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).

(Faire précéder la signature de la mention :            A ....., le .....  
« Lu et signé en toute connaissance de cause »)        Signature de l'attributaire

"Le droit d'accès et de rectification des données vous concernant prévu par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés peut être exercé auprès du service qui a traité le présent document".

<sup>2</sup> cocher la case correspondant à la situation. Ed. 04 - 2008

<sup>3</sup> celui ou celle du couple qui n'a pas été désigné comme l'attributaire du SFT, que le couple soit marié, en vie commune ou ayant conclu un pacte civil de solidarité

## **CERTIFICAT D'INSTALLATION**

**M. Mme :**

**NOM :**

**Prénom :**

**Grade :**

**Ecole :**

**S'étant présenté(e) devant nous, l'avons installé(e) dans ses fonctions**

**A la date du .....**

**à temps complet**

**à temps partiel, quotité : .....**

**Fait à.....,le .....**  
**L'autorité chargée de l'installation**

A renvoyer à la D.S.D.E.N. 13 - au bureau DPE1- par télécopie au 04 91 99 66 75  
ou par courriel scanné à l'adresse électronique : **ce.dpe13-chef1@ac-aix-marseille.fr.**  
le jour de votre prise de fonction.