

**FORMULAIRE D'ATTRIBUTION DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT (annexe 1)  
DECLARATION SUR L'HONNEUR**

**1 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AGENT:**

NOM : ..... PRENOM : ..... N°INSEE : \_\_\_\_\_  
 DOMICILE : .....  
 GRADE : ..... DISCIPLINE (enseignant 2d°):.....  
 ETABLISSEMENT D'AFFECTATION : N° / 0 / / / / / / / / 1 LIBELLE : .....  
<sup>1</sup> ces références figurent sur le bulletin de paie en haut à gauche.

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

Marié :  depuis le..... Divorcé(e) :  depuis le.....  
 Pacsé :  depuis le ..... Séparé(e) légalement :  depuis le.....  
 Vie maritale:  depuis le ..... Séparé(e) de fait :  depuis le.....  
 Célibataire :  depuis le ..... Veuf(ve) :  depuis le.....

**2 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT OU EX-CONJOINT :**  AGENT PUBLIC  AGENT N'APPARTENANT PAS A LA FONCTION PUBLIQUE

NOM : ..... PRENOM : .....  
 DOMICILE (si différent de celui du bénéficiaire) : .....  
 NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR : .....

*Pour les personnels de l'éducation nationale:*

GRADE : ..... DISCIPLINE (enseignant 2d°):.....  
 ETABLISSEMENT D'AFFECTATION : N° / 0 / / / / / / / / 1 LIBELLE : .....

**BENEFICIE T-IL D'UN SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT DE LA PART DE SON EMPLOYEUR ?**  
 OUI  NON

**3 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS A CHARGE**

NOM ET PRENOM	LIEN DE PARENTE (1)	DATE DE NAISSANCE	SITUATION(2)	Perçoit-il une aide au logement ?

(1) : légitime (issu du mariage des époux ou de l'un des deux) - naturel – adopté- recueilli - enfant du conjoint ou du concubin  
 (2) : moins de 16 ans - collégien – lycéen – étudiant – salarié dont la rémunération ne dépasse pas 55% du SMIC – apprenti

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 :

**DECLARATION COMMUNE DE CHOIX D'ALLOCATAIRE EN VUE DE L'ATTRIBUTION DU SFT  
DANS LE CAS D'UN COUPLE D'AGENTS PUBLICS (annexe 2)**

**Madame, Monsieur (1) : ..... est désigné(e) pour ouvrir le droit au Supplément Familial de Traitement.**

(1) *Rayer la mention inutile*

<b>SITUATION FAMILIALE</b>	
<u>AGENT</u>	<u>CONJOINT (OU EX-CONJOINT)</u>
Nom : ..... Prénom : ..... Nationalité : ..... Date de naissance : ..... N° INSEE : _____	Nom : ..... Prénom : ..... Nationalité : ..... Date de naissance : ..... N° INSEE : _____
Adresse : ..... ..... Code postal : ..... Ville : .....	Adresse : ..... ..... Code postal : ..... Ville : .....

<b>SITUATION PROFESSIONNELLE</b>	
<u>AGENT</u>	<u>CONJOINT (OU EX-CONJOINT)</u>
Profession (grade) : ..... Nom et adresse de l'employeur : ..... ..... .....	Profession (grade) : ..... Nom et adresse de l'employeur : ..... ..... .....

**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

---

**Je m'engage à signaler tous les changements modifiant la présente déclaration.**

Fait à ..... , le.....

**Signature obligatoire de l'agent**
**Signature obligatoire du conjoint (ou ex-conjoint)**

**CACHET DE L'ADMINISTRATION DU CONJOINT (OU EX-CONJOINT) QUI ABANDONNE SON DROIT**  
**A ne pas faire remplir pour les personnels payés par le Rectorat de Bordeaux ou les DSDEN**  
 (DPE, DEPAT, DGEP, DSDEN)

---

Fait à ..... , le.....

**Cachet et Signature**

Mentions légales de la CNIL - Rectorat de l'académie de Bordeaux  
 Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre dossier administratif et financier. Les destinataires des données sont votre service gestionnaire et/ou les services de 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 au Rectorat de Bordeaux (service DPE/DEPAT/DGEP) 5 rue Joseph de Carayon Latour- CS 81499-33060 Bordeaux – cedex. En revanche, s'agissant de traitements de données RH, le droit d'opposition des personnes a été régulièrement écarté par les arrêtés de création des systèmes d'information Agora, EPP public et privé, Agape public et privé en application des dispositions de la loi de 1978.

**ATTESTATION DE NON VERSEMENT DE SFT AU CONJOINT OU EX-CONJOINT**  
**A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR PRIVE DU CONJOINT OU EX-CONJOINT (annexe 3)**

**1 - Identification de l'agent**

NOM : .....

PRENOM : .....

N°INSEE : \_\_\_\_\_

GRADE : ..... DISCIPLINE (enseignant 2d°):.....

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION : N° / 0 / / / / / / / / <sup>1</sup> LIBELLE :.....

<sup>1</sup> ces références figurent sur le bulletin de paie en haut à gauche.

**2 – Identification du conjoint - A remplir par l'employeur privé du conjoint**

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

Entreprise (Nom et adresse) :.....

Certifie que Monsieur - Madame (1) :.....

Employé (e) en qualité de :.....

(2)  **perçoit** de notre part un supplément familial de traitement ou un avantage de même nature depuis le :.....

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

NOM et PRENOM	Date de naissance

**ne perçoit pas** de notre part un supplément familial de traitement ou un avantage de même nature.

Fait à ..... le.....

Signature et cachet de l'autorité  
délivrante l'attestation

(1) Rayer la mention inutile  
(2) Cocher la case intéressée

**SITUATION DE VOTRE CONJOINT(E) OU EX CONJOINT (E)**  
ATTESTATION A REMPLIR PAR VOTRE CONJOINT(E) OU EX-CONJOINT(E)  
**SANS ACTIVITE OU EXERCANT UNE ACTIVITE NON SALARIEE** (annexe 4)

**Attestation sur l'honneur**

Je soussigné(e), Madame, Monsieur : .....

**Déclare sur l'honneur :**

- Exercer une activité libérale en qualité de : .....  
Depuis le : .....  
(Veuillez apposer votre tampon professionnel auprès de votre signature).
- Etre artisan, commerçant ou exploitant agricole, depuis le : .....  
Et de ce fait, ne pas percevoir de supplément familial de traitement.  
(Veuillez apposer votre tampon professionnel auprès de votre signature).
- N'exercer aucune activité professionnelle depuis le : .....  
Et m'engage à avertir le service gestionnaire de mon conjoint(e) ou ex conjoint(e) de tout changement de ma situation professionnelle.

**Veillez fournir obligatoirement les documents correspondant à votre situation :**

- Vous êtes étudiant : une copie de la carte d'étudiant,
- Vous êtes père ou mère au foyer : une copie de l'avis d'imposition faisant apparaître votre absence de ressources,
- Vous êtes en congé parental : un document de votre employeur attestant votre situation,
- Vous êtes au chômage : une attestation Pôle emploi de moins de 3 mois,
- Vous êtes retraité : une copie de votre arrêté de mise à la retraite ou un relevé de pension,
- Vous êtes dans une situation autre que celles énumérées : document officiel à fournir.

**Je m'engage sur l'honneur à signaler tout changement modifiant la présente déclaration.**

Fait à ....., le .....

Signature

Mentions légales de la CNIL - Rectorat de l'académie de Bordeaux

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre dossier administratif et financier. Les destinataires des données sont votre service gestionnaire et/ou les services de 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 au Rectorat de Bordeaux (service DPE/DEPAT/DGEP) 5 rue Joseph de Carayon Latour- CS 81499-33060 Bordeaux – cedex. En revanche, s'agissant de traitements de données RH, le droit d'opposition des personnes a été régulièrement écarté par les arrêtés de création des systèmes d'information Agora, EPP public et privé, Agape public et privé en application des dispositions de la loi de 1978.

**CESSION DU SFT A L'EX-CONJOINT(E) N'APPARTENANT PAS A LA FONCTION PUBLIQUE**  
(annexe 5)

**Je soussigné(e).....demande que le supplément familial de traitement soit versé à mon ex-conjoint(e).**

**1 - Identification de l'agent**

NOM : .....  
 PRENOM : .....  
 N°INSEE : .....  
 GRADE : ..... DISCIPLINE (enseignant 2d°):.....  
 ETABLISSEMENT D'AFFECTATION : N° / 0 / / / / / / / / <sup>1</sup> LIBELLE :.....  
<sup>1</sup> ces références figurent sur le bulletin de paie en haut à gauche.

**2 – Identification de l'ex conjoint(e) ayant la charge des enfants**

NOM : .....  
 PRENOM : .....  
 N°INSEE : .....  
 PROFESSION : .....  
 ADRESSE: .....  
 TELEPHONE : .....

- ⇒ **Joindre le relevé d'identité bancaire** (format BIC IBAN) de l'ex conjoint(e) à qui le SFT va être reversé.
  - ⇒ **Joindre un justificatif de domicile récent** de l'ex conjoint(e) à qui le SFT va être reversé.
- Tout changement d'adresse doit immédiatement être porté à la connaissance de votre service gestionnaire.**

**Concernant le ou les enfants à la charge de l'ex conjoint(e) suivant(s) :**

NOM et PRENOM	Date de naissance

Fait à ....., le.....

Signature

Mentions légales de la CNIL - Rectorat de l'académie de Bordeaux  
 Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre dossier administratif et financier. Les destinataires des données sont votre service gestionnaire et/ou les services de 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 au Rectorat de Bordeaux (service DPE/DEPAT/DGEP) 5 rue Joseph de Carayon Latour- CS 81499-33060 Bordeaux – cedex. En revanche, s'agissant de traitements de données RH, le droit d'opposition des personnes a été régulièrement écarté par les arrêtés de création des systèmes d'information Agora, EPP public et privé, Agape public et privé en application des dispositions de la loi de 1978.

**DEMANDE DE COMPLEMENT DE SFT AU RECTORAT OU DSDEN  
DANS LE CAS D'UN COUPLE SEPRE D'AGENTS PUBLICS (annexe 6)**

**Je soussigné(e).....demande à recevoir le complément de supplément familial de traitement par l'administration de mon ex-conjoint(e) (Rectorat ou DSDEN).**

**1 - Identification de l'agent public (qui n'a pas la garde des enfants et qui est rémunéré par le Rectorat / DSDEN)**

NOM : .....  
 PRENOM : .....  
 N°INSEE : \_\_\_\_\_  
 GRADE : ..... DISCIPLINE (enseignant 2d°):.....  
 ETABLISSEMENT D'AFFECTATION : N° / 0 / / / / / / / / <sup>1</sup> LIBELLE :.....  
<sup>1</sup> ces références figurent sur le bulletin de paie en haut à gauche.

**2 – Identification de l'ex conjoint(e) (qui a la garde des enfants et demande à recevoir le complément de SFT)**

NOM : .....  
 PRENOM : .....  
 N°INSEE : \_\_\_\_\_  
 PROFESSION : .....  
 ADRESSE: .....  
 TELEPHONE : .....  
 NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR : .....

*Pour les personnels de l'éducation nationale:*

GRADE : ..... DISCIPLINE (enseignant 2d°):.....  
 ETABLISSEMENT D'AFFECTATION : N° / 0 / / / / / / / / <sup>1</sup> LIBELLE :.....

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

NOM et PRENOM	Date de naissance

Fait à ....., le.....

Signature

Mentions légales de la CNIL - Rectorat de l'académie de Bordeaux  
 Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre dossier administratif et financier. Les destinataires des données sont votre service gestionnaire et/ou les services de 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 au Rectorat de Bordeaux (service DPE/DEPAT/DGEP) 5 rue Joseph de Carayon Latour- CS 81499-33060 Bordeaux – cedex. En revanche, s'agissant de traitements de données RH, le droit d'opposition des personnes a été régulièrement écarté par les arrêtés de création des systèmes d'information Agora, EPP public et privé, Agape public et privé en application des dispositions de la loi de 1978.

**SITUATION DES ENFANTS A CHARGE AGES DE 16 ANS A 20 ANS**  
**REEMPLIR UNE FICHE PAR ENFANT DE PLUS DE 16 ANS (annexe 7)**

De 16 à 20 ans, l'enfant est considéré comme à charge s'il ne perçoit pas une rémunération nette supérieure à 55% du SMIC brut, une allocation de son propre chef (ALS ou APL) ou s'il ne vit pas en couple (mariage, pacs, concubinage).

**1 - Identification de l'agent**

NOM : .....

PRENOM : .....

N°INSEE : \_\_\_\_\_

GRADE : ..... DISCIPLINE (enseignant 2d\*) : .....

ETABLISSEMENT D'AFFECTATION : N° / 0 / / / / / / / / <sup>1</sup> LIBELLE : .....

<sup>1</sup> ces références figurent sur le bulletin de paie en haut à gauche.

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

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

NE(E) LE: .....

**3 - Situation de l'enfant à charge** : (cocher la case correspondant à la situation)

- Poursuivant ses études (**Rappel : cet enfant ne doit pas bénéficier d'aide au logement (APL ou ALS)**) → Joindre un certificat de scolarité.
- Placé en apprentissage → Joindre une copie du contrat d'apprentissage.
- En stage de formation professionnelle → Joindre une attestation de l'organisme responsable du stage de formation professionnelle indiquant la durée, le type et la rémunération.
- Infirmes, handicapé ou atteint d'une maladie chronique → Joindre une attestation indiquant que cet enfant ouvre droit à l'allocation d'éducation spéciale ou 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 → Joindre une attestation justifiant de sa situation.
- 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.

Je soussigné(e), Nom .....Prénom .....atteste sur l'honneur que mon enfant : Nom .....Prénom .....né(e) le..... dont j'assume la charge de manière permanente n'exerce aucune activité professionnelle.

**A NOTER** : 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 Pôle emploi**, selon le cas.

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce document sont exacts. Je m'engage à faire connaître immédiatement tout changement dans la situation de mon enfant décrite ci-dessus.

Fait à ....., le.....

Signature

Mentions légales de la CNIL - Rectorat de l'académie de Bordeaux

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre dossier administratif et financier. Les destinataires des données sont votre service gestionnaire et/ou les services de 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 au Rectorat de Bordeaux (service DPE/DEPAT/DGEP) 5 rue Joseph de Carayon Latour- CS 81499-33060 Bordeaux – cedex. En revanche, s'agissant de traitements de données RH, le droit d'opposition des personnes a été régulièrement écarté par les arrêtés de création des systèmes d'information Agora, EPP public et privé, Agape public et privé en application des dispositions de la loi de 1978.