

CONTROLE DU DROIT
AU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT
ANNEXE 4

ATTESTATION POUR UN ENFANT AGE DE 16 A 20 ANS
NON SCOLARISE ET SANS ACTIVITE

Division des personnels
enseignants 1^{er} degré

SAGIPE 37
Dossier suivi par
Morgan Drean
02 36 15 10 77

sagipe@ac-orleans-tours.fr

15 Place de la République
CS 70527
28019 Chartres Cedex

Je soussigné (nom et prénom de l'agent)

atteste que mon enfant (nom et prénom de l'enfant) est actuellement sans activité.

Je m'engage à prévenir l'administration au cas où la situation de mon enfant serait modifiée.

Date et signature de l'agent

ATTESTATION POUR UN ENFANT ETUDIANT OU APPRENTI
AGE DE 16 A 20 ANS

Je soussigné (nom et prénom de l'agent)

atteste que mon enfant (nom et prénom de l'enfant)

né le

étudiant ou apprenti à :

- ne bénéficie ni de l'aide personnalisée au logement, ni de l'allocation de logement social *
- bénéficie(ra) de l'aide personnalisée au logement ou de l'allocation de logement social à compter du *

Le versement de l'APL ou de l'ALS supprime le versement du supplément familial de traitement.

Date et signature de l'agent

** rayer la mention inutile*

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer votre prise en charge financière. Les destinataires des données sont les services de gestion des personnels de la DSDEN d'Eure-et-Loir. Conformément à la loi « informatique et liberté » du 06/01/1978 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 à la DSDEN d'Eure-et-Loir, division des personnels enseignants du 1^{er} degré – 15 place de la République – 28019 Chartres cedex. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.