

Beauvais, le 13 octobre 2020

Dossier suivi par :
Pierre ROUHIER

L'Inspectrice d'académie,
Directrice académique des services de l'Éducation
nationale de l'Oise

À

DSDEN de l'Oise
22, avenue Victor Hugo
60025 Beauvais Cedex

Mesdames et Messieurs les personnels enseignants
(pour attribution)

s/c Mesdames et Messieurs les directeurs des écoles
du premier degré public (pour attribution)

s/c Mesdames les Inspectrices et Messieurs les
Inspecteurs de l'Éducation Nationale (pour information)

**Objet : Circulaire portant sur le contrôle des conditions de versement du supplément familial de traitement
et des autorisations d'absence pour soins à enfant malade – Année scolaire 2020/2021**

Pièces jointes :

- **Annexe 1 : Répartition des portefeuilles de gestion 2020-2021**
- **Annexe 2 : Contrôle et suivi du supplément familial de traitement (SFT)**
- **Annexe 3 : Questionnaire destiné aux autorisations d'absence pour soins à enfant malade (SAEM)**
- **Annexe 4 : Attestation pour soins à enfant malade**

Les éléments relatifs à l'attribution du supplément familial de traitement (SFT) et des autorisations d'absence pour soins à enfant malade (SAEM) sont soumis à un contrôle annuel.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir compléter les imprimés ci-joints et de me les retourner accompagnés des pièces justificatives avant le vendredi 4 décembre 2020, par mail (cf. Annexe 1) ou par voie postale à l'adresse suivante :

DSDEN de l'Oise
Plateforme interdépartementale de gestion des enseignants du 1^{er} degré public (DGP 2)
À l'attention de [Prénom et Nom de votre gestionnaire (cf. Annexe 1)]
22 avenue Victor Hugo
60025 BEAUVAIS CEDEX

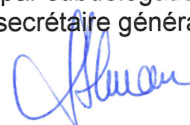
Je vous informe que sans réponse de votre part, mes services procéderont à l'interruption du paiement de cette prestation sur la paie du mois de février 2021.

Je vous rappelle que toute modification dans la situation familiale ou dans l'activité professionnelle du conjoint, susceptible de modifier les conditions d'attribution du SFT doit être signalée.

De même, toute déclaration erronée fera l'objet d'une reprise du SFT avec effet rétroactif.

Mes services restent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Pour l'Inspectrice d'académie – DASEN,
Et par subdélégation,
La secrétaire générale,



Céline LOUIS-SCHUMAN

ANNEXE 1

Répartition des portefeuilles de gestion Année scolaire 2020/2021

Vous pouvez retrouver ce document sur le site de la DSDEN de l'Oise : <https://www.ac-amiens.fr/dsden60/021-division-de-la-gestion-des-personnels-1er-degre-dgp.html>

Vous êtes enseignant(e) du 1^{er} degré public et exercez dans le DÉPARTEMENT DE L' AISNE (02) :

<i>Votre nom est compris entre celui de ... (classement par ordre alphabétique)</i>	<i>Votre gestionnaire est ...</i>	<i>Adresse mail :</i>	<i>Numéro de téléphone :</i>
ABDESSELEM BEN ABBES Maryline et CORNU Vanessa	Mme Anne HETROY	plateforme1d-02-03@ac-amiens.fr	03.44.06.45.51
COSPIN Estelle et GENESTE Valérie	Mme Christine THELLIER	plateforme1d-02-02@ac-amiens.fr	03.44.06.45.47
GENET NUNES Estelle et LEFEVRE DECLERCK Marie	Mme Marie-Laure CADET	plateforme1d-02-04@ac-amiens.fr	03.60.36.40.59
LEFONDEUR Isaline et PISTIS Chrystelle	Mme Stéphanie TOXÉ	plateforme1d-02-01@ac-amiens.fr	03.60.36.40.55
PITTOIS Frédéric et ZYWICKI Joanne	M. Jordane FROISSART	plateforme1d-02-05@ac-amiens.fr	03.44.06.45.59

Vous êtes enseignant(e) du 1^{er} degré public et exercez dans le DÉPARTEMENT DE L'OISE (60) :

<i>Votre nom est compris entre celui de ... (classement par ordre alphabétique)</i>	<i>Votre gestionnaire est ...</i>	<i>Adresse mail :</i>	<i>Numéro de téléphone :</i>
ABBADIE Myriam et BOULEZ France Hélène	Mme Carole LE BELLEC	plateforme1d-60-07@ac-amiens.fr	03.44.06.45.46
BOULHAMANE Maria et DAMILAVILLE Karine	Mme Marion HALLIER	plateforme1d-60-01@ac-amiens.fr	03.44.06.45.38
DAMOISEAU Sandra et EL KOCHIH Haoula	Mme Noura POUPART	plateforme1d-60-06@ac-amiens.fr	03.44.06.45.46
ELLEOUET Ludovic et HENRY Sylvie	Mme Cindy DEZ	plateforme1d-60-02@ac-amiens.fr	03.44.06.45.44
HEQUET Gaëlle et LEPINE Véronique	Mme Sabine MONTES	plateforme1d-60-03@ac-amiens.fr	03.44.06.45.31
LEPLAIN Sabrina et OEUVREARD Camille	Mme Céline CURCHOD	plateforme1d-60-05@ac-amiens.fr	03.44.06.45.66
OFFER Sophie et SANNIER BOUDIN Sylvia	Mme Colette MONTÉ	plateforme1d-60-08@ac-amiens.fr	03.44.06.45.66
SANS Mélanie et ZYLA Marie	Mme Catherine FAZIO	plateforme1d-60-04@ac-amiens.fr	03.44.06.45.42

Vous êtes enseignant(e) du 1^{er} degré public et exercez dans le DÉPARTEMENT DE LA SOMME (80) :

<i>Votre nom est compris entre celui de ... (classement par ordre alphabétique)</i>	<i>Votre gestionnaire est ...</i>	<i>Adresse mail :</i>	<i>Numéro de téléphone :</i>
ABADIE Fabienne et CAUET Florence	Mme Agnès BARBIER	plateforme1d-80-02@ac-amiens.fr	03.60.36.40.57
CAUMARTIN Ophélie et DEMOLDER Olivier	Mme Corinne RIBARD-LEBRUN	plateforme1d-80-01@ac-amiens.fr	03.60.36.40.57
DEMONCHEAUX Clémence et HURTELLE Benoit	Mme Laurette MOISSON	plateforme1d-80-04@ac-amiens.fr	03.60.36.40.54
HUTIN Aurélie et PARMENTIER Céline	Mme Florence POTIER	plateforme1d-80-05@ac-amiens.fr	03.60.36.40.52
PAROIELLE Caroline et ZUCCHERI Nadia	Mme Jamila BALI	plateforme1d-80-03@ac-amiens.fr	03.60.36.40.52

ANNEXE 2

Contrôle et suivi du supplément familial de traitement (SFT) Année scolaire 2020/2021

Document à retourner à votre gestionnaire :

- Par courriel (cf. Annexe 1)
- Ou par voie postale à l'adresse suivante : *DSDEN de l'Oise – DGP 2
22 avenue Victor Hugo
60025 BEAUVAIS CEDEX*

- Je perçois le SFT et ma situation n'a pas changé depuis l'année scolaire 2019/2020.
- Je ne perçois pas le SFT et souhaite en bénéficier.
- Retourner ce formulaire dûment complété et signé accompagné de l'attestation de l'employeur du conjoint.
 - **À partir du 2^e enfant : Joindre obligatoirement une attestation de la CAF.**
 - Pour les enfants âgés de plus de 16 ans : Joindre obligatoirement un certificat de scolarité.
 - Pour tout changement de situation : Joindre tout document relatif à la nouvelle situation familiale (livret de famille, jugement de divorce, ordonnance de non conciliation, etc.)

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE

Nom d'usage : Nom patronymique :

Prénoms : N° INSEE (SS) : .../.../.../.../.../.../.../...

Adresse postale :

Adresse électronique :

Téléphone : .../.../.../.../...

Situation familiale [cocher la case correspondante] :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> En concubinage depuis le .../.../..... |
| <input type="checkbox"/> Pacsé(e) depuis le .../.../..... | <input type="checkbox"/> Marié(e) depuis le .../.../..... |
| <input type="checkbox"/> Veuf/Veuve depuis le .../.../..... | <input type="checkbox"/> Divorcé(e) depuis le .../.../..... |
| <input type="checkbox"/> Séparé(e) légalement depuis le .../.../..... | <input type="checkbox"/> Séparé(e) de fait depuis le .../.../..... |

Enfant(s) à charge :

Nom et prénom de l'enfant	Lien de parenté (enfant du bénéficiaire / enfant du conjoint ou du concubin)	Date de naissance	Situation (scolarisé, étudiant, apprenti, salarié percevant moins de 55% du SMIC)	L'enfant est à votre charge effective et permanente ? (Oui/Non)	Si l'autre parent n'est pas votre conjoint(e) actuel(le), préciser son nom

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE (EX-)CONJOINT(E) OU (EX-)CONCUBIN(E)

Si la demande de versement du SFT concerne des enfants nés de différentes unions, un exemplaire de cet imprimé doit être complété par chaque (ex-)conjoint(e) ou (ex-)concubin(e) concerné(e). **En cas d'impossibilité de fournir ce document, vous devez établir une attestation sur l'honneur spécifiant que l'ex-conjoint(e) ne perçoit pas de SFT.**

Nom d'usage : Nom patronymique :

Prénoms :

Situation professionnelle [cocher la case correspondante] :

Le/la (ex-)conjoint(e) ou (ex-)concubin(e) est rémunéré(e) par l'Éducation nationale.

- Fournir une copie de son dernier bulletin de salaire.

Le/la (ex-)conjoint(e) ou (ex-)concubin(e) exerce une activité professionnelle dans le secteur public ou privé.

ATTESTATION À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR DU / DE LA CONJOINT(E)

Je soussigné(e) [l'employeur] certifie que [l'employé(e)] , employé(e) depuis le/...../..... à [l'entreprise] :

-
- Ne bénéficie pas du SFT ou de sursalaire à caractère familial.
- A cessé de bénéficier du SFT ou de sursalaire à caractère familial depuis le/...../.....
- Bénéficie du SFT ou d'un sursalaire à caractère familial pour les enfants suivants :

.....

Date, cachet et signature de l'employeur :

Le/la (ex-)conjoint(e) ou (ex-)concubin(e) n'exerce pas d'activité professionnelle ou exerce une profession libérale ou à domicile.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) [civilité, nom et prénom] certifie sur l'honneur [cocher la case correspondante] :

- N'exercer aucune activité professionnelle.
- Être en congé parental [préciser les dates] :
- Exercer une profession libérale [préciser laquelle] :
- Autre [à préciser] :

Date :/...../.....

Signature de l'agent :

Signature du conjoint :

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 gestionnaire, tout changement de situation.

Fait à :

Le :

Signature de l'agent :

ANNEXE 3

Questionnaire destiné aux autorisations d'absence pour soins à enfant malade (SAEM) Année civile 2021

Document à retourner à votre gestionnaire :

- Par courriel (cf. Annexe 1)
- Ou par voie postale à l'adresse suivante : DSDEN de l'Oise – DGP 2
22 avenue Victor Hugo
60025 BEAUVAIS CEDEX

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE FONCTIONNAIRE

Nom :	Prénom :
Grade :	Département d'exercice :

Affection et Ville :

Circonscription :

Emploi [*cocher la case correspondante*] :

- Temps complet (100%)
- Temps partiel (.....%)
 - Nombre de demi-journées travaillées par semaine :
 - Répartition [*rayez les mentions inutiles*] :

Lundi matin / après-midi Mardi matin / après-midi Mercredi matin / après-midi
Jeudi matin / après-midi Vendredi matin / après-midi

Situation familiale :

- Célibataire Marié(e) PACS Concubinage Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE/LA CONJOINT(E)

Nom : Prénom :

- Fonctionnaire

Employeur :

- Non fonctionnaire

Nom et adresse de l'employeur :

.....

.....

- Demandeur d'emploi (joindre obligatoirement un justificatif)

Nombre de demi-journées accordées au conjoint par année civile pour soins à enfant(s) malade(s) :

N.B. : Joindre obligatoirement une attestation (cf. Annexe 4) délivrée par l'employeur attestant l'attribution ou la non-attribution d'un contingent de demi-journées d'absence par année civile pour soins à enfants malades. Un conjoint peut renoncer au bénéfice de ses autorisations d'absence au profit de l'autre.

3. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'/LES ENFANT(S)

Nombre d'enfant(s) à charge :

Nom de l'enfant	Prénoms de l'enfant	Date de naissance de l'enfant

N.B. : Les autorisations d'absence pour soins à enfants malades ne sont accordées que pour des enfants âgés de moins de 16 ans. Toutefois, aucune limite d'âge n'est opposée aux enfants handicapés.

Signaler rapidement tout changement de situation à votre gestionnaire.

Fait à :

Le :

Signature de l'agent :

ANNEXE 4

Attestation pour soins à enfant malade (SAEM) Année civile 2021

Document à retourner à votre gestionnaire :

- Par courriel (cf. Annexe 1)
- Ou par voie postale à l'adresse suivante : DSDEN de l'Oise – DGP 2
22 avenue Victor Hugo
60025 BEAUVAIS CEDEX

*À faire compléter par l'employeur de votre conjoint(e).
Si ce document n'est pas retourné, seul le nombre de demi-journées réglementaire sera autorisé.*

Je soussigné(e) [civilité, nom et prénom de l'employeur]

certifie que [civilité, nom et prénom de l'employé(e)],

employé(e) depuis le/...../..... à [nom et adresse de l'entreprise] :

.....

.....

.....

et conjoint(e) de [civilité, nom et prénom du (de l') enseignant(e)]

bénéficie

d'autorisations d'absences pour soins à enfant(s) malade(s).

ne bénéficie pas

Il lui est accordé à ce titre un contingent de demi-journées d'absences rémunérées pour la période du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2021.

[Civilité, nom et prénom de l'employé(e)]

Renonce au bénéfice des demi-journées d'absence au profit de son (sa) conjoint(e).

Conserve le bénéfice de ses demi-journées d'absences.

Fait à :,

Le :

Cachet et signature de l'employeur :