

Beauvais, le 17 octobre 2017



MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

L'Inspecteur d'Académie,
Directeur Académique des Services de
l'Éducation Nationale de l'Oise

à

Mesdames et Messieurs les professeurs des
écoles (pour attribution)

S/C de Mesdames et Messieurs les directeurs
des écoles du premier degré public
(pour attribution)

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

Direction des Services
Départementaux de
l'Éducation Nationale de
l'Oise

Division de la Gestion du
Personnel

Dossier suivi par :
Christel IBORRA
Corinne RIBARD LEBRUN

Ref. : CR – 2017-2018

Tél. 03.60.36.40.57
Fax : 03.44.48.67.25
Mèl : plateforme1d-80-01@ac-
amiens.fr

22, avenue Victor Hugo
60025 BEAUVAIS CEDEX

Objet : Contrôle des conditions de versement du supplément familial de traitement (SFT) pour l'année scolaire 2017/2018 et questionnaire sur les autorisations d'absence pour soins à enfant(s) malade(s) pour l'année civile 2018 dans le cadre de la plateforme interdépartementale de gestion du 1^{er} degré public.

Les éléments relatifs à l'attribution du supplément familiale de traitement (SFT) et des autorisations d'absence pour soins à enfant(s) malade(s) 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 nous les retourner accompagnés des pièces justificatives avant le **1er décembre 2017** par mail (plateforme1d-80-01@ac-amiens.fr) ou par voie postale à l'adresse ci-contre :

**Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale de l'Oise- DGP2-
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 2018.

Je vous rappelle que toute modification dans la situation familiale ou dans l'activité professionnelle du conjoint, susceptible de modifier des 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.

L'Inspecteur d'Académie - DASEN,

Jacky CREPIN

ATTESTATION

ATTESTATION

Je soussigné(e) certifie que :

Je soussigné(e)

M - Mme (1) :

NOM : PRÉNOM :

Employé(e) à (nom et adresse de l'employeur) :

certifie sur l'honneur renoncer au bénéfice des autorisations d'absence pour soins à enfant(s) malade(s) qui me seront accordées au titre de l'année civile 2018 au profit de mon conjoint ou de mon (ma) concubin(e).

.....

NOM : PRÉNOM :

Conjoint(e) ou concubin(e) de :

GRADE :

.....

AFFECTATION -VILLE :

bénéficie - ne bénéficie pas (1)

d'autorisation d'absence pour soins à enfant(s) malade(s).

Il lui est accordé à ce titre un contingent de demi-journées d'absence rémunérées pour la période du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018.

Fait à le
(signature)

Fait à le

(cachet de l'employeur) (signature de l'employeur)

Vu et pris note
(cachet et signature de l'employeur)

(1) rayer la mention inutile

(1) rayer la mention inutile

QUESTIONNAIRE
AUTORISATIONS D'ABSENCE POUR SOINS À ENFANT(S) MALADE(S)

DEPARTEMENT D'AFFECTATION :

A retourner à la DSDEN de l'Oise - DGP2 - 22 avenue Victor Hugo, 60025 BEAUVAIS CEDEX ou par courriel

2 0 1 8

I - FONCTIONNAIRE

NOM : PRÉNOM :
GRADE :

AFFECTATION et VILLE :

CIRCONSCRIPTION :
EMPLOI (1) :

A) TEMPS COMPLET – 100%

Répartition (1) : lundi - mardi - mercredi - jeudi - vendredi - samedi

B) TEMPS PARTIEL –%

Nombre de demi-journées travaillées par semaine (2) :

Répartition (1) : lundi matin / après-midi - mardi matin / après-midi - mercredi matin
jeudi matin / après-midi - vendredi matin / après-midi - samedi matin

SITUATION FAMILIALE (1) :

célibataire	concubin(e)	marié(e)	Pacsé(e)	veuf(ve)	divorcé(e)	séparé(e)
-------------	-------------	----------	----------	----------	------------	-----------

II – CONJOINT(E) ou CONCUBIN(E)

NOM : PRÉNOM :

. Fonctionnaire : administration :

. Non fonctionnaire : nom de l'entreprise :

. Demandeur d'emploi : joindre un justificatif.

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

N.B. : Joindre obligatoirement un certificat (annexe 1) délivré par l'employeur attestant l'attribution ou la non-attribution d'un contingent de X demi-journées d'absence par année scolaire pour soins à enfant(s) malade(s).

Un conjoint ou concubin(e) peut renoncer au bénéfice de ses autorisations d'absence au profit de l'autre (utiliser l'annexe 2 et la faire valider par l'employeur).

III – ENFANT(S)

Nombre d'enfant(s) à charge :
Nom(s), Prénom(s) et date(s) de naissance :
.....
.....
.....
.....

N.B. : Les autorisations d'absence pour soins à enfant(s) malade(s) 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.

Date :
Signature :

(1) rayer les mentions inutiles

(2) préciser le nombre de demi-journées effectivement travaillées



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

académie
Amiens

Département
d'affectation:

.....

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

**CONTROLE ET SUIVI DU SUPPLEMENT
FAMILIAL DE TRAITEMENT**

Document à compléter et adresser par voie hiérarchique à la
DSDEN de l'Oise, service DGP2 pour le **1^{er} décembre 2017**

⇒ 22, avenue Victor Hugo 60025 BEAUVAIS Cedex

⇒ ou par courriel

Je perçois le SFT et ma situation n'a pas changé depuis
l'année scolaire 2016-2017

→ retourner l'enquête dûment complétée et signée
accompagnée de l'attestation de l'employeur du conjoint
→ pour les enfants âgés de plus de 16 ans, joindre
obligatoirement un certificat de scolarité

Je ne reçois pas le SFT et souhaite en bénéficier

→ retourner l'enquête dûment complétée et signée
accompagnée de l'attestation de l'employeur du conjoint
→ pour les enfants âgés de plus de 16 ans, joindre
obligatoirement un certificat de scolarité

Je perçois le SFT et ma situation familiale a changé depuis
l'année scolaire 2016-2017. Justificatif obligatoire.

→ joindre tout document relatif à la situation familiale
(livret de famille, jugement de divorce, ordonnance de non
conciliation...)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE :

NOM D'USAGE: NOM DE NAISSANCE:

PRENOM: N° INSEE (S.S.): .../.../.../.../.../.../.../.../.....

ADRESSE :

TELEPHONE :

MAIL :

SITUATION FAMILIALE (cocher la case correspondante) :

Marié(e) depuis le/...../.....

Divorcé(e) depuis le/...../.....

Vie maritale depuis le/...../.....

Séparé(e) légalement depuis le/...../.....

Pacsé(e) depuis le/...../.....

Séparé(e) de fait depuis le/...../.....

Célibataire

Veuf/veuve depuis le/...../.....

ENFANTS A CHARGE

Nom Prénom des enfants	Lien de parenté <i>Légitime/ naturel/ adopté/ enfant du conjoint ou concubin</i>	Date de naissance	Situation <i>Scolarisé/ Etudiant/ Apprenti/ Salarié percevant moins de 55% du SMIC</i>	L'enfant est à votre charge effective et permanente Oui/Non	Préciser le nom de l'autre parent si ce dernier n'est pas le conjoint actuel

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce document son exacts. Je m'engage à faire connaître
immédiatement, par écrit, au service gestionnaire, tout changement de situation.

A, leSignature :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE (ex-)CONJOINT ou (ex-)CONCUBIN(E) :

(Si la demande de versement 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)

NOM D'USAGE : NOM DE NAISSANCE :

PRENOM :

SITUATION PROFESSIONNELLE

le (la) (ex-)conjoint(e) ou (ex-)concubin(e) est rémunéré(e) par l'Education Nationale

⇒ fournir une copie de son dernier bulletin de salaire

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) Mme, M. certifie sur l'honneur :
(rayer les mentions inutiles)

- 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 :

Le conjoint ou ex-conjoint exerce une activité professionnelle dans le secteur privé

ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT ou EX-CONJOINT

Nom et adresse de l'employeur :

Certifié que M/Mme
Est employé(e) depuis le.....

Cachet de l'employeur :

Signature :

Le (la) (ex-)conjoint(e) ou (ex-)concubin(e) exerce une activité professionnelle auprès d'un employeur public ou assimilé (SNCF, EDF ...) ou dans le privé

ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT ou EX-CONJOINT

Nom et adresse de l'employeur :

certifie que M/Mme
est employé(e) depuis le

ne bénéficie pas du supplément familial de traitement ou de sursalaire à caractère familial

a cessé de bénéficier du supplément familial de traitement ou de sursalaire à caractère familial depuis le

bénéficie du supplément familial de traitement ou d'un sursalaire à caractère familial pour les enfants suivants :

.....

Cachet de l'employeur :

Signature :