



Beauvais, le 25 novembre 2016

académie
Amiens

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 :
Pierre DOMERGUE
Corinne RIBARD LEBRUN

Ref. : CR – 2016-2017

Tél. 03.60.36.40.57
Fax : 03.44.48.67.25
Mél : 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 2016/2017 et questionnaire sur les autorisations d'absence pour soins à enfant(s) malade(s) pour l'année civile 2017 dans le cadre de la plateforme interdépartementale de gestion du 1^{er} degré public.

Les éléments relatifs à l'attribution du supplément familial 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-joint et de nous les retourner accompagnés des pièces justificatives avant le **23 décembre 2016** 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.**

En ce qui concerne le SFT, 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 2017.

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.

Pour l'Inspecteur d'Académie - DASEN,
Et par subdélégation,
La Secrétaire Générale

Carine DECOLASSE-TOMCZAK

académie
Amiens

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 **23 décembre 2016**
⇒ 22, avenue Victor Hugo 60025 BEAUVAIS Cedex
⇒ plateforme1d-80-01@ac-amiens.fr

<input type="checkbox"/> Je perçois le SFT et ma situation n'a pas changé depuis l'année scolaire 2015-2016	→ 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
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Je perçois le SFT et ma situation familiale a changé depuis l'année scolaire 2015-2016	→ 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.):/...../...../...../...../...../.....

GRADE ET DISCIPLINE:

ETABLISSEMENT/SERVICE D'AFFECTATION :

SITUATION FAMILIALE (cocher la case correspondante) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Marié(e) depuis le/...../..... | <input type="checkbox"/> Divorcé(e) depuis le/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Vie maritale depuis le/...../..... | <input type="checkbox"/> Séparé(e) légalement depuis le/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Pacsé(e) depuis le/...../..... | <input type="checkbox"/> Séparé(e) de fait depuis le/...../..... |
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> 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/ Salaré 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 :
(*rayez 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 (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 :



Division de la Gestion des Personnels – DGP2 - SOMME Soins à enfants malades

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

2017

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

ANNEXE I

ATTESTATION

Je soussigné(e) certifie que :

M - Mme (1) :

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

.....

Conjoint(e) ou Concubin(e) de :

.....

bénéficiaire - ne bénéficiaire 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 1er janvier 2017 au 31 décembre 2017.

Fait à le

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

(1) voyer la mention inutile

ANNEXE II

ATTESTATION

Je soussigné(e)

NOM : PRÉNOM :

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 2017 au profit de mon conjoint ou de mon (ma) concubin(e).

NOM : PRÉNOM :

GRADE :

AFFECTATION -VILLE :

Fait à le
(signature)

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

(1) voyer la mention inutile