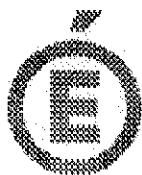


**PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE  
LISTES DES PIECES A FOURNIR**



➤ **Pour la prise en charge du traitement :**

- **FICHE DE RENSEIGNEMENT** (ANNEXE IV de la présente note) complétée et signée pour les personnels nouveaux arrivants de métropole et des DOM/TOM : enseignants du 1<sup>er</sup> degré, enseignants du second degré, COP, CPE et les personnels ATOSS et ITARF ;
- **FICHE DE RENSEIGNEMENT** (ANNEXE V de la présente note) complétée et signée pour les professeurs des écoles stagiaires ;
- La photocopie d'une **PIECE D'IDENTITE** (carte d'identité recto verso ou passeport) ;
- Le formulaire joint de **DOMICILIATION BANCAIRE** (ANNEXE VI de la présente note) complété et signé, accompagné d'un RIB à votre nom ;
- Une **ATTESTATION DE SECURITE SOCIALE** portant mention de votre numéro d'INSEE ou NIR.

Si vous étiez en poste avant votre affectation au Vice Rectorat de Mayotte, vous fournirez les documents complémentaires suivants:

- **FICHE DE SYNTHESE (EPP, AGORA ou AGAPE)** à réclamer auprès de votre service gestionnaire (pour les personnels venant d'une autre académie) ;
- Photocopie du **DERNIER BULLETIN DE SALAIRE** en votre possession (si vous étiez précédemment en poste dans une autre académie ou autre administration publique) ;
- Photocopie de votre **DERNIER ARRETE DE PROMOTION D'ECHELON** ;
- Photocopie de votre **DERNIER ARRETE DE NOMINATION** dans votre grade (pour les personnels mutés) ;
- Photocopie de votre **LIVRET DE FAMILLE** (toutes les pages remplies) et du jugement de divorce s'il y a lieu mentionnant la résidence et la personne qui a la garde des enfants ;
- **CERTIFICAT DE CESSATION DE PAIEMENT**, si une copie vous a été remise par votre gestionnaire, à transmettre au service concerné :
  - Division des personnels enseignant du premier degré : [dep@ac-mayotte.fr](mailto:dep@ac-mayotte.fr)
  - Division des personnels enseignant du second degré : [dpe@ac-mayotte.fr](mailto:dpe@ac-mayotte.fr)
  - Division des personnels administratif : [dpa@ac-mayotte.fr](mailto:dpa@ac-mayotte.fr)

➤ **Pour la prise en charge du Supplément familial de traitement : (Annexe II)**

Si vous avez des enfants à charge de moins de 21 ans, vous pouvez bénéficier, sous certaines conditions et sous réserve de vérification de vos droits, d'un supplément familial de traitement. **(Annexe II)**

DEMANDE D'ATTRIBUTION DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT  
DECLARATION SUR L'HONNEUR

Personnels : 1<sup>er</sup> degré  2<sup>nd</sup> degré  Administratif

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE :**  FONCTIONNAIRE  NON-FONCTIONNAIRE

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

DOMICILE : .....

AFFECTATION : .....

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

- Marié(e) depuis le .....  Séparé(e) légalement depuis le .....  
 Vie maritale depuis le .....  Divorcé(e) depuis le .....  
 Célibataire depuis le .....  Séparé(e) de fait depuis le .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT OU LE CONCUBIN**

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

DOMICILE (si différent de celui du bénéficiaire) : .....

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR : .....

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

- OUI  NON

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS A CHARGE**

NOM ET PRENOM	LIEN DE PARENTE (1)	DATE DE NAISSANCE	SITUATION(2)

(1) : adoptif – enfant du conjoint ou du concubin  
(2) : étudiant – lycéen – collégien – salarié dont la rémunération ne dépasse pas 55% du SMIC – apprenti – scolarisé

Je soussigné(e) ..... atteste sur l'honneur que l'ensemble des renseignements indiqués sur le présent imprimé est bien exact et sincère.

Date et Signature :



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 (SFT), sachant que toute déclaration inexacte, incomplète ou tardive de ma part m'exposerait au remboursement des sommes indûment perçues.

**Cette demande doit être retournée, dûment remplie, datée et signée accompagnée :**

- **d'une copie du livret de famille, et de tout document relatif à la situation familiale (ordonnance de non-conciliation, jugement de divorce, attestation de vie en concubinage, attestation de vie non-maritale, etc.)**
- **d'une attestation de non-versement du SFT établie par l'employeur de votre conjoint ou concubin**
- **certificat de scolarité pour des enfants (attestation de situation pour les enfants de plus de 16 ans)**
- **extrait d'acte de naissance des enfants de moins de trois mois**
- **copie du dernier avis d'imposition**
- **attestation d'inscription à la caisse d'assurance maladie sur lequel figure les enfants**
- **copie de la carte d'identité du conjoint**

**MENTIONS LEGALES CNIL**

Vice-Rectorat de Mayotte

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné au paiement du supplément familial de traitement. Le destinataire des données est : le Vice-Rectorat de Mayotte.

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

**Vice-Rectorat de Mayotte – BP 76 – 97600 MAMOUDZOU**

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

① **Bénéficiaire du supplément familial de traitement.**

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

ADRESSE : .....

Grade : ..... Discipline : .....

Etablissement d'affectation : ..... Ville : .....

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

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

Né(e) le : .....

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

→ Joindre la photocopie du contrat d'apprentissage.

 En stage de formation professionnelle

→ Joindre une attestation de l'organisme responsable du stage de formation professionnelle.

 Poursuivant ses études (Rappel : cet enfant ne doit pas bénéficier d'aide au logement (APL ou ALS))

→ Joindre un certificat de scolarité.

*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 Assedic, selon le cas.* Infirmes, handicapé ou atteint d'une maladie chronique

→ Joindre impérativement une attestation indiquant que cet enfant ouvre droit à l'allocation d'éducation spéciale et 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.

Veuillez préciser : .....

 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

→ Joindre copie de l'acte de mariage ou du contrat de PACS ou du certificat de vie commune ou de concubinage.

④ **DECLARATION SUR L'HONNEUR** *A compléter obligatoirement*

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 DPE 1, tout changement dans la situation de mon enfant décrite ci-dessus. La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L.554-1 du code de la Sécurité sociale - Article 441-1 du code Pénal).

A ..... le ..... Signature :

**Identification de l'agent**

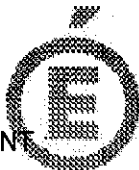
NOM :

PRENOM :

N° INSEE :

GRADE :

ETABLISSEMENT :



**A remplir par l'employeur du conjoint**

Je soussigné(é), (Nom, Prénom, qualité)

Certifie que Monsieur Madame (1)

Employé (e) en qualité de

(2)  **perçoit** de notre part un supplément familial de traitement depuis le :

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

Nom et prénom	Date de naissance

(2)  **ne perçoit pas** de notre part un supplément familial de traitement

Le présent formulaire est destiné au :

Cachet de l'autorité  
délivrante l'attestation

Fait à

le

Signature

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

**A remplir par le conjoint (ou ex conjoint)**

Je soussigné(e),....., certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et

**Autorise mon (ma) conjointe, ou mon ex-conjoint(e)**

**NOM** ..... **PRENOM** .....

à percevoir le SFT pour les enfants désignés ci-dessus.

*(En cas de séparation, ou divorce, si le conjoint fonctionnaire souhaite le versement du SFT en sa faveur, il (elle) devra en faire la demande auprès de son employeur. Si c'est un employeur privé, le conjoint devra faire une demande manuscrite au nom du Trésorier Payeur général afin d'obtenir la cession du SFT versée au fonctionnaire rémunéré par le Vice-rectorat)*

Fait à le

Signature de l'époux ou du conjoint  
*(joindre une copie de la pièce d'identité)*

**Le supplément familial de traitement ne peut faire l'objet que d'UN SEUL versement mensuel en faveur de l'un ou l'autre des conjoints (ou à défaut réparti entre les conjoints ou ex conjoints)**

**Toute fausse déclaration est passible des peines prévues par l'article 441-6 du code pénal**

**A remplir par le conjoint**

NOM :

PRENOM :

N° INSEE :

NE(e) le :



Epoux (se), Conjoint (e) (marié ou pacsé) *(Rayer les mentions inutiles) :*

NOM :

PRENOM :

NE (e) le :

N° INSEE :

ACTIVITÉ EXERCÉE :

N'exerce pas de profession rémunérée et ne perçoit pas, de la part d'aucun organisme, le supplément familial de traitement au titre des enfants énumérés ci-dessous :

-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-

Je soussigné(é).....  
certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements communiqués ci-dessus et

**Autorise mon (ma) conjoint(e)**, à percevoir le supplément familial de traitement pour les enfants désignés ci-dessus.

Fait à le

Signature de l'époux ou du conjoint  
*(joindre une copie de la pièce d'identité)*

**Le supplément familial de traitement ne peut faire l'objet que d'UN SEUL versement mensuel en faveur de l'un ou l'autre des conjoints (ou à défaut réparti entre les conjoints ou ex conjoints)**

**Toute fausse déclaration est passible des peines prévues par l'article 441-6 du code pénal**

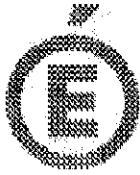
**A remplir par l'ex conjoint**

NOM :

PRENOM :

N° INSEE :

NE(e) le :



Ex-Epoux (se), ex-Conjoint (e) (divorcé ou séparé) *(Rayer les mentions inutiles) :*

NOM :

PRENOM :

NE (e) le :

N° INSEE :

ACTIVITÉ EXERCÉE :

N'exerce pas de profession rémunérée et ne perçoit pas, de la part d'aucun organisme, le supplément familial de traitement au titre des enfants énumérés ci-dessous :

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

Je soussigné(é).....  
certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements communiqués ci-dessus et

**Autorise mon (ma) ex-conjoint(e)**, à percevoir le supplément familial de traitement pour les enfants désignés ci-dessus.  
*(Si l'ex conjoint souhaite le versement du SFT il(elle) devra déposer une demande manuscrite, au nom du Trésorier payeur Général afin d'obtenir une cession du SFT versée au fonctionnaire rémunéré par le Vice-rectorat (accompagné des pièces justificatives)*

Fait à le

Signature de l'époux ou du conjoint  
*(joindre une copie de la pièce d'identité)*

**Le supplément familial de traitement ne peut faire l'objet que d'UN SEUL versement mensuel en faveur de l'un ou l'autre des conjoints (ou à défaut réparti entre les conjoints ou ex conjoints)**

**Toute fausse déclaration est passible des peines prévues par l'article 441-6 du code pénal**

## DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE LOYER

*(Ce document doit être accompagné du contrat de location et d'une quittance de loyer)*

NOM.....PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE.....NUMERO INSEE.....

LIEU D'AFFECTATION A MAYOTTE : .....

DATE D'ARRIVEE : .....

ADRESSE : .....

DATE D'ENTREE EN LOCATION : .....

DECLARE RESIDER

- SEUL
- AVEC MON CONJOINT (Nom et prénom du Conjoint) : .....

Si conjoint fonctionnaire, préciser :

- Administration et affectation du conjoint : .....
- Indice de rémunération conjoint .....

(Joindre une attestation de l'employeur du conjoint confirmant le non versement de cette indemnité)

- AVEC MES ENFANTS (Mineurs ou Majeurs non salariés) :
- EN COLOCATION (NOMBRE DE COLOCATAIRE)°:

MONTANT DU LOYER (ou de ma part de loyer) :

*Je soussigné,.....certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à communiquer à l'administration tout changement de situation en rapport avec le remboursement partiel de mon loyer*

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ (signature)

NB : Les dossiers incomplets ou mal renseignés ne seront pas traités et seront retournés, pour complément d'information



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR LA PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE  
(RENTREE SCOLAIRE 2017/2018)**

*(Cocher la case correspondant à votre situation)*

**VICE RECTORAT DE MAYOTTE**  
 DPE1D  DPE2D  DPA

**ETAT CIVIL**  
 Nom \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_  
 Né(e) le \_\_\_\_\_ (joindre obligatoirement une copie de la pièce d'identité)  
 Numéro sécurité sociale : \_\_\_\_\_ (joindre obligatoirement l'attestation)  
 N°JMIN (si vous en possédez déjà un) \_\_\_\_\_  
 Lieu de naissance \_\_\_\_\_

**SITUATION ADMINISTRATIVE**  
 Date d'arrivée à Mayotte (non-résidents) \_\_\_\_\_ Date d'entrée dans le grade \_\_\_\_\_  
 CORPS / GRADE (fonctionnaires uniquement) \_\_\_\_\_ Date d'entrée dans l'échelon \_\_\_\_\_  
 Echelon (fonctionnaires uniquement) \_\_\_\_\_  
 Académie d'origine \_\_\_\_\_  
 Affectation 2017/2018 \_\_\_\_\_

**SITUATION FAMILIALE**  
 Célibataire / Marié(e) / PACS / Union Libre / Veuf(ve) / Divorcé(e) depuis le : \_\_\_\_\_  
 (Rayez les mentions inutiles) (joindre obligatoirement pièce justificative)  
 le cas échéant, nom du conjoint(e) \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Est-il (elle) fonctionnaire? Oui / Non \_\_\_\_\_  
 Si oui, quelle administration? \_\_\_\_\_  
 perçoit-il le SFT ? Oui / Non \_\_\_\_\_  
 le cas échéant, jointre un justificatif de l'employeur ou une attestation sur l'honneur du conjoint  
 perçoit-il les prestations familiales ? Oui / Non \_\_\_\_\_  
 pour les agents non résidents, jointre le certificat de mutation de la CAF d'origine

Renseignements concernant les enfants:

Nombre d'enfants	Prénom	NE(E) LE	LIEU DE SCOLARISATION	NATURE DES ETUDES	Mayotte (Oui/Non)
---					
---					
---					
---					
---					
---					
---					
---					
---					
---					
---					
---					
---					

Adresse à Mayotte \_\_\_\_\_  
 Téléphone portable : \_\_\_\_\_  
 Téléphone fixe : \_\_\_\_\_  
 Adresse mail : \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas de nécessité  
 Nom / Prénom (préciser le lien) \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Date : \_\_\_\_\_  
 Signature : \_\_\_\_\_

**DIVISION DES PERSONNELS  
ENSEIGNANTS DU PREMIER DEGRÉ  
STAGIAIRES**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR LA PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE DES STAGIAIRES  
(RENTREE SCOLAIRE 2017/2018)**

**ETAT CIVIL**

Nom \_\_\_\_\_ Numéro sécurité sociale : \_\_\_\_\_ (joindre obligatoirement l'attestation)

Prénom \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

Lieu de naissance \_\_\_\_\_

NUMEN (si vous en possédez déjà un) \_\_\_\_\_

Type de concours :  externe  interne

Adresse \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_\_

(joindre justificatif de domicile) \_\_\_\_\_ Méli: \_\_\_\_\_

**SITUATION ADMINISTRATIVE**

Avez-vous déjà travaillé dans le secteur public?  
Si oui, veuillez remplir le tableau joint

Oui / Non	ADMINISTRATION	CORPS	PERIODE

Niveau de diplôme (mentionnez tous vos diplômes et la date d'obtention) : \_\_\_\_\_  
(Joindre les justificatifs) \_\_\_\_\_

**N° DE COMPTE (joindre obligatoirement un RIB comportant le BIC):**  
Pièce d'identité / Passeport en cours de validité \_\_\_\_\_

**SITUATION FAMILIALE**

Célibataire / Marié(e) / PACS / Union Libre / Veuf(ve) / Divorcé(e) depuis le: \_\_\_\_\_  
(Rayez les mentions inutiles) (joindre obligatoirement pièce justificative)

le cas échéant, nom du conjoint(e) \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Est-il (elle) fonctionnaire? Oui / Non \_\_\_\_\_ Si oui, quelle administration? \_\_\_\_\_

Renseignements concernant les enfants:

NOM	Prénom	NE(S) LE	LIBE DE SCOLARISATION	NATURE DES ETUDES

Nombre d'enfants -----

Nombre d'enfants à charge -----

Date: \_\_\_\_\_

Signature de l'agent: \_\_\_\_\_

Tout changement de situation doit impérativement être signalé



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



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

### DOMICILIATION BANCAIRE

Demande de :

- Domiciliation nouvel (le) arrivant(e)  
 Changement de domiciliation

*(Les envois de RIB non accompagnés de cette demande, ne seront pas pris en compte, de même que les demandes incomplètes ou illisibles)*

Numéro matricule (pour les personnels rémunérés par le rectorat : indiqué sur le bulletin de salaire :  
.....  
Nom : (1).....  
Prénom : (1).....  
Date de naissance : .....  
Numéro de sécurité sociale : .....  
Grade/Fonction : .....  
Affectation : .....

A compter de la paie de (2) ..... je vous prie de bien vouloir virer sur  
mon compte (domiciliation à préciser) : .....  
Code banque : ..... Code guichet : .....  
Numéro de compte : ..... Clé : .....  
BIC : .....  
Pour les femmes mariées titulaire d'un compte joint, préciser le prénom de Monsieur si c'est  
le seul indiqué sur le RIB) .....  
**(JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL)**

- (1) Dans l'ordre de l'Etat civil  
(2) Pour les changements de compte prévoir un délai de 2 mois pour tenir compte du calendrier de la Trésorerie Générale. La prise en compte des demandes pouvant être retardée pour diverses raisons indépendantes du service gestionnaires il vous est demandé de ne pas clôturer votre ancien compte avant le premier versement de salaire.

Vu et pris connaissance,

Date

Signature