



ACADÉMIE DE NANCY-METZ

Liberté
Égalité
Fraternité

SUPPLÉMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

Document à compléter et adresser par la voie hiérarchique au Rectorat de l'académie de NANCY-METZ, **pour le 12 novembre 2021**

- ⇒ à la DPAE pour les personnels techniques, d'administration, médico-sociaux et d'encadrement
- ⇒ à la DPE pour les personnels enseignants du second degré, d'éducation et les PSY-EN

<input type="checkbox"/> Je perçois le SFT et ma situation n'a pas changé depuis l'année scolaire 2020-2021	→ retourner le présent formulaire dûment complété et signé accompagné de l'attestation CAF du mois de septembre 2021 (dès 2 enfants et plus) → pour les enfants âgés de plus de 16 ans ou atteignant 16 au cours de l'année 2021-2022, joindre obligatoirement un justificatif (certificat de scolarité,...)
<input type="checkbox"/> Je perçois le SFT et ma situation familiale a changé depuis l'année scolaire 2020-2021	→ retourner le présent formulaire dûment complété et signé accompagné de l'attestation CAF du mois de septembre 2021 (dès 2 enfants et plus) → pour les enfants âgés de plus de 16 ans ou atteignant 16 au cours de l'année 2021-2022, joindre obligatoirement un justificatif (certificat de scolarité,...) → 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 :

ÉTABLISSEMENT/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 / 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

* Si oui, mon enfant ne doit pas percevoir des prestations du type allocation de logement pour 2021-2022 (APL, ALF ou ALS)

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.

A, le Signature :

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 conjoint ou ex-conjoint concerné)

NOM D'USAGE : NOM DE NAISSANCE :

PRENOMS :

<input type="checkbox"/> le conjoint ou ex-conjoint est rémunéré par l'Éducation nationale	SITUATION PROFESSIONNELLE : → fournir une copie de son dernier bulletin de paie
--	---

<input type="checkbox"/> le conjoint ou ex-conjoint 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 : (<i>raier les mentions inutiles</i>) - n'exercer aucune activité professionnelle - être en congé parental (<i>préciser les dates</i>) : - exercer une profession libérale (<i>préciser laquelle</i>) : - autre (<i>à préciser</i>) : Date : Signature de l'agent : Signature du conjoint :
---	--

<input type="checkbox"/> 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 : certifie que M/Mme est employé(e) depuis le Date : Cachet et signature de l'employeur :
---	--

<input type="checkbox"/> le conjoint ou ex-conjoint exerce une activité professionnelle auprès d'un employeur public ou assimilé (SNCF, EDF ...)	ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT ou EX-CONJOINT Nom et adresse de l'employeur : certifie que M/Mme employé(e) depuis le <input type="checkbox"/> ne bénéficie par du supplément familial de traitement ou de sursalaire à caractère familial <input type="checkbox"/> a cessé de bénéficier du supplément familial de traitement ou de sursalaire à caractère familial depuis le <input type="checkbox"/> bénéficie du supplément familial de traitement ou d'un sursalaire à caractère familial pour les enfants suivants : Date : Cachet et signature de l'employeur :
--	--