

FEUILLET D'ACTUALISATION ET DE LIAISON ANNEE SCOLAIRE 2021-2022

A RENVoyer

**Pour les personnels exerçant dans le Nord
ou retraités de l'enseignement public**

DIRECTION DES SERVICES DEPARTEMENTAUX DE
L'ÉDUCATION NATIONALE DU NORD

Bureau de l'action sociale

144 rue de Bavay BP 669 – 59033 LILLE CEDEX

☎ 03.20.62.33.97 (AàDev+SàZ)-03.20.62.31.28 (DewàR)-
03.20.62.30.66 (ens privé)

Courriel : [dsden59.actionsociale@ac-lille.fr](mailto:dsd59.actionsociale@ac-lille.fr)

**Pour les personnels exerçant dans le Pas de Calais
ou retraités de l'enseignement public**

DIRECTION DES SERVICES DEPARTEMENTAUX DE
L'ÉDUCATION NATIONALE DU PAS-DE-CALAIS

DGF 2 – Service de l'action sociale

20 Boulevard de la liberté – CS 90016 – 62021 ARRAS CEDEX

☎ 03.21.23.91.49 - 03.21.23.82.73 - 03.21.23.82.85 -
03.21.23.82.57

Courriel : ce.i62d2gf2@ac-lille.fr

(Joindre les justificatifs)

IDENTIFICATION

NOM :	Prénom :
Adresse :	
Personnel de l'enseignement public <input type="checkbox"/>	Personnel de l'enseignement privé <input type="checkbox"/> (1)

CHANGEMENT DE SITUATION FAMILIALE (1)

- Vous vivez en couple : Nom – Prénom du conjoint(e)-concubin(e) : _____
- Vous êtes mariés depuis le : / /
- Vous êtes pacsés depuis le : / /
- Vous vivez en couple sans être mariés et sans être pacsés depuis le : / / ♦ Public ♦ Privé
- Vous vivez seule :
- Vous êtes célibataire
- vous êtes séparé(e) ou divorcé(e) depuis le : / /
- vous êtes veuf(ve) depuis le : / /

ENFANTS ET AUTRES PERSONNES VIVANT A VOTRE DOMICILE

NOM ET PRENOM	Lien de Parenté	Date de Naissance	A charge fiscalement	Adulte ou enfant Handicapé
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

CHANGEMENT DE SITUATION PROFESSIONNELLE

- Nouvelle affectation :
Établissement et lieu d'exercice : _____
- ♦ Public ♦ Privé
- Nouvelle situation administrative (1) :
- ♦ Stagiaire ♦ Titulaire
- ♦ Retraité(e) depuis le : / /
- ♦ En disponibilité ♦ En congé parental depuis le : / /

Je soussigné(e)

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus et m'engage à signaler au service tout nouveau changement modifiant cette déclaration en produisant les pièces justificatives.

Date

Signature

(1) cocher la case correspondante

La loi réprime les fraudes et fausses déclarations (article 441-1 et 441-6 al. 2 du code pénal)