



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

Dossier de prise en charge de SFT concernant : NOM Prénom
Fonction :
N° de sécurité sociale : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

ATTESTATION N° 1

ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE VIE NON MARITALE

Je soussigné(e).....déclare
sur l'honneur vivre seul(e) et élever seul(e) mon (ou mes) enfant(s) depuis le

Enfant(s) à charge :

-
-

Je m'engage à avertir immédiatement mon service de gestion de tout changement dans ma situation familiale.

Fait à, le

Signature

Dossier de prise en charge de SFT concernant : NOM Prénom

Fonction :

N° de sécurité sociale : / / / / / / / / / / / / / / / /

ATTESTATION N° 2

ATTESTATION SUR L'HONNEUR à compléter par le 2^{ème} parent

Je soussigné(e)
déclare sur l'honneur :

- n'exercer aucune activité professionnelle depuis le
⇒ *Veillez fournir une copie de l'avis d'imposition faisant apparaître votre absence de ressources, un historique de Pôle Emploi, et/ou la copie de la carte d'étudiant, etc...*
- être artisan, commerçant ou exploitant agricole, exercer une activité libérale en qualité de depuis le
⇒ *Veillez apposer votre tampon professionnel auprès de votre signature et joindre la copie de votre inscription au registre du commerce ou autre, le cas échéant.*

et, de ce fait, ne pas percevoir de supplément familial de traitement.

Tout changement de ma situation professionnelle devra être communiquée au service gestionnaire qui verse le SFT à mon (ex-)conjoint(e)

Fait à, le

Signature

Dossier de prise en charge de SFT concernant : NOM Prénom
Fonction :
N° de sécurité sociale : /_/_/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/

ATTESTATION N° 3

CERTIFICAT DE L'EMPLOYEUR du 2^{ème} parent

Je soussigné(e) :

Fonction exercée :

Nom de la société ou raison sociale :

Certifie que Madame, Monsieur (1)

employé(e) en qualité de :

depuis le :

ne perçoit pas de supplément familial de traitement ou quel qu'autre avantage à caractère familial au titre des enfants à charge (complément, sur-salaire...)

perçoit un supplément familial de traitement ou quelque autre avantage à caractère familial au titre des enfants à charge d'un montant de depuis le concernant le ou les enfant(s) suivant(s) :

- -
- -

Fait à, le

Cachet de l'entreprise

Signature

(1) Rayer la mention inutile

Si le (ex-)conjoint(e) est rémunéré(e) par une administration, veuillez préciser :

- son grade.....
- sa discipline :
- son lieu d'exercice :

Dossier de prise en charge de SFT concernant : NOM Prénom
Fonction :

N° de sécurité sociale : / / / / / / / / / / / / / / / /

ATTESTATION N° 4

REVERSEMENT DU SFT AU 2^{ème} PARENT, EX-CONJOINT(E)
(cession)

Votre identification

NOM

Prénom

Grade Discipline

Etablissement d'affectation

.....

Identification du bénéficiaire du Supplément familial de traitement

NOM

Prénom

Profession

Employeur

Adresse

.....

Téléphone

Grade Discipline

Inscrire le(s) nom(s) et prénom(s) de(s) l'enfant(s)

.....

.....

Joindre un relevé d'identité bancaire de l'ex-conjoint(e)

Fait à, le

Signature

Dossier de prise en charge de SFT concernant : NOM Prénom
Fonction :
N° de sécurité sociale : /_/_/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____

CHOIX DE L'ALLOCATAIRE DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

CHOIX DE L'ALLOCATAIRE

Vous pouvez choisir lequel d'entre vous sera l'allocataire, c'est-à-dire celui au nom duquel sera ouvert le dossier. Ce choix est valable pour au moins une année, sauf en cas de séparation ou décès.

ALLOCATAIRE

M. Mme NOM - Prénom NOM patronymique :
Adresse : Tél. :
N° INSEE :
Profession :
EMPLOYEUR (Nom et adresse) :
..... depuis le :

2^{ème} PARENT, (EX-)CONJOINT(E)

M. Mme NOM - Prénom NOM patronymique :
Adresse : Tél. :
N° INSEE :
Profession :
EMPLOYEUR (Nom et adresse) :
..... depuis le :

SITUATION FAMILIALE

Si vous vivez en couple :	vous êtes mariés <input type="checkbox"/> vous vivez maritalement <input type="checkbox"/> vous êtes liés par un PACS <input type="checkbox"/>	depuis le :
Si vous vivez seul(e) :	vous êtes célibataire <input type="checkbox"/> vous êtes séparé(e) de fait <input type="checkbox"/> vous êtes séparé(e) légalement <input type="checkbox"/> vous êtes divorcé(e) <input type="checkbox"/> vous êtes veuf(ve) <input type="checkbox"/>	depuis le :

SITUATION DES ENFANTS

NOM Prénom	Lien de parenté (fils, fille, etc.)	Date de naissance	Situation (élève, apprenti)	Est-il à votre charge ?

DECLARATION SUR L'HONNEUR (à signer par les 2 parties)

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande sont exacts, que je ne reçois pas de supplément familial de traitement et que je n'en ai pas demandé à un autre organisme.

Je m'engage à signaler immédiatement à mon service de gestion tous les changements modifiant cette déclaration.

A, le

SIGNATURES

M.....

M.....

**SITUATION DES ENFANTS AGES DE PLUS DE 16 ANS
CONTROLE DE LA SCOLARITE**

Attributaire du supplément familial de traitement.

NOM : PRENOM :
 ADRESSE :
 Grade : Discipline :
 Etablissement d'affectation : Ville :

Renseignement relatif à l'enfant à charge :

NOM : PRENOM :
 Né(e) le :

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.
- 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.

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.

Je soussigné(e), Nom Prénom
 atteste sur l'honneur que mon enfant : Nom Prénom
 né(e) le à
 dont j'assume la charge de manière permanente, n'exerce aucune activité professionnelle dont la rémunération excède 55% du SMIC.
 A , le

Signature :

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, à la DGI, 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 :**

MENTIONS LEGALES CNIL

La DSDEN du Val-d'Oise
 « Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à répertorier les bénéficiaires du SFT et à programmer son versement. Les destinataires des données sont le service de la DGI de la DSDEN
 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 service de la DGI à la DSDEN du Val-d'Oise
 Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.