



**DOSSIER SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT -  
ANNEE SCOLAIRE 2024-2025**

NOM (*nom de jeune fille si concernée*) .....

Prénom .....

N° d'INSEE (sécurité sociale) : / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ /

Pour nous permettre d'examiner vos droits éventuels au supplément familial de traitement, dont les conditions d'attribution sont fixées par le décret 85-1148 du 24/10/1985 modifié, vous voudrez bien faire parvenir, à votre service de gestion, les documents suivants :

- Copie intégrale du livret de famille**
- Attestation ci-jointe** (en fonction de votre situation)
- Choix de l'allocataire**
- Toutes pièces justifiant de votre situation familiale** (jugement d'adoption, de divorce, décision du tribunal fixant la résidence des enfants...)
- Attestation de paiement de la CAF** (pour 2 enfants ou plus)
- Certificat de scolarité** *le cas échéant*

**VOTRE SITUATION**

Si **vous vivez seul(e)**,  
il vous appartient de compléter  
**l'attestation n° 1**

En cas de divorce ou de séparation, veuillez fournir la photocopie du jugement vous confiant la garde de(s) l'enfant(s).

**VOTRE SITUATION**

Si **vous vivez maritalement**, il vous appartient de faire compléter **l'attestation n° 2 ou 3**

Si vous avez eu un ou des enfants d'une précédente union, veuillez fournir la photocopie du jugement vous confiant la garde de(s) l'enfant(s).

**VOTRE SITUATION**

Si vous êtes divorcé(e) ou séparé(e) et n'avez pas la garde de(s) l'enfant(s), le supplément familial de traitement peut être versé à l'autre parent, (ex-)conjoint(e)  
il vous appartient de compléter  
**l'attestation n° 4**

Le supplément familial de traitement est un élément de traitement à caractère familial, ouvert en fonction du nombre d'enfants à charge, à raison d'un seul droit par enfant.  
Il n'est pas cumulable avec un avantage de même nature servi par l'employeur du conjoint.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (art. L554-1 du code de la Sécurité Sociale)









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

N° d'INSEE (sécurité sociale) : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

**ATTESTATION N° 4**

**REVERSEMENT DU SFT AU 2<sup>ème</sup> 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 .....

N° d'INSEE (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 : .....

#### 2ème 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 : .....

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, handicapés ou atteints 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 :