



**ACADÉMIE
DE RENNES**

Liberté
Égalité
Fraternité

DEMANDE D'ATTRIBUTION DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT (SFT)

Document à retourner au gestionnaire du traitement principal

☐ 1^{ère} demande ☐ Révision de demande

COORDONNEES DE L'AGENT

NOM d'usage : Prénom :

NOM de famille :

Etablissement d'affectation (Nom et ville) :

Adresse personnelle :

Code postal : Ville : Tél :

SITUATION DE FAMILLE

- ☐ marié(e) ☐ vie maritale depuis le / / ☐ pacsé(e) depuis le / /
☐ célibataire ☐ séparé(e) de fait depuis le / / ☐ séparé(e) légalement depuis le / /
☐ veuf(ve) ☐ divorcé(e)

ENFANTS A CHARGE

NOM – Prénom	Date de naissance	Enfant de l'agent		Enfant du conjoint	Situation de l'enfant (scolarisé, apprenti, étudiant...)	L'enfant est-il à votre charge ? (oui / non / alternée)	Perçoit-il une aide au logement ?	
		nés de l'union actuelle	nés d'une union précédente				OUI Indiquez la date de mise en paiement	NON

NB : toute modification de la situation d'un enfant en cours d'année doit être signalée au gestionnaire du traitement principal

Si un ou plusieurs de ces enfants est (sont) né(s) d'une précédente union, l'ex-conjoint(e) est-il(elle) en activité dans le secteur public ou assimilé ?

☐ oui ☐ non

Pièces justificatives à joindre au présent formulaire de demande :

- Copie intégrale du livret de famille ou copie de l'acte de naissance de(s) enfant(s)
- Attestation CAF des enfants à charge
- Certificat de scolarité pour les enfants de plus de 16 ans ou contrat d'apprentissage, de formation professionnelle, de qualification et copie du dernier bulletin de paie de l'apprenti(e)
- Copie intégrale du jugement de divorce, de séparation de corps ou d'ordonnance de non-conciliation précisant à quel conjoint est confiée la garde de(s) enfant(s), ainsi que toutes conventions auxquelles se réfèrent ces documents
- Si un ou plusieurs enfants sont nés d'une précédente union de l'agent, une attestation de non-paiement établie par l'employeur de l'ex-conjoint(e)

SITUATION DU CONJOINT

NOM :

Prénom :

☐ sans activité

☐ a cessé de travailler depuis le / /

☐ en activité dans le secteur privé : Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

Perçoit-il le supplément familial de traitement ou un avantage familial équivalent de son employeur ? ☐ OUI ☐ NON

☐ en activité dans le secteur PUBLIC ou ASSIMILE : dans ce cas faire le choix du bénéficiaire dans la déclaration ci-dessous signée par les 2 parents et pour le parent non bénéficiaire faire remplir par son employeur l'attestation de non-paiement de SFT ou d'un avantage similaire

DECLARATION COMMUNE DE CHOIX DU BENEFICIAIRE DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT (SFT)

Dans un couple de fonctionnaires ou d'agents publics, le bénéficiaire du SFT est désigné d'un commun accord

CE CHOIX NE PEUT ETRE MODIFIE AU COURS DES 12 MOIS QUI SUIVENT (sauf en cas de changement de situation familiale)

Hors situation de garde alternée :

Versement du SFT au conjoint ? ☐ oui ☐ non

En situation de garde alternée :

Souhait d'un bénéficiaire unique ? ☐ oui ☐ non

Bénéficiaire n°1 (agent demandeur ou conjoint(e) du demandeur :

M./Mme – NOM : Prénom :

Bénéficiaire n°2 (agent demandeur ou conjoint(e) du demandeur :

M./Mme – NOM : Prénom :

Nombre d'enfants en situation de garde alternée :

En cas de cession du SFT à l'ex-conjoint :

M./Mme – NOM : Prénom :

Nombre de part(s) cédé(s) (1 part par enfant) :

Est(sont) désigné(es) pour percevoir le supplément familial de traitement.

Fait à

Le

Signatures des deux conjoints

ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT (PUBLIC OU ASSIMILE)

☐ Administration d'État, Territoriale ou hospitalière

☐ Organisme public ou financé sur fonds publics

☐ Autre, précisez :

Je soussigné(e) (NOM, qualité) :

Certifie que, Monsieur, Madame employé(e) dans mes services,

☐ perçoit le supplément familial de traitement (indice majoré :) depuis le

☐ perçoit un sursalaire "à caractère familial" mensuel de : €

☐ ne perçoit pas de supplément familial de traitement ou de sursalaire "à caractère familial"

☐ n'a pas un statut lui permettant de percevoir le supplément familial de traitement

☐ a cessé de percevoir cet avantage depuis le

Cachet de l'employeur

Fait à

Le

DECLARATION SUR L'HONNEUR

La loi rend passible d'amende quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce document sont exacts.

Je m'engage à signaler tout changement de situation modifiant cette déclaration.

Fait à

Le

Signature