

## DEMANDE DE SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

(Décret n°85-1148 du 24 octobre 1985 modifié)

*Document à compléter et renvoyer au gestionnaire de rémunération principale  
(Inspection Académique pour les enseignants du 1<sup>er</sup> degré - Rectorat pour les personnels ATSS et enseignants du second degré).*

### Renseignements relatifs à la famille

#### ■ Monsieur

NOM : ..... Prénom : .....

- Si vous êtes fonctionnaire ou assimilé, préciser :

Grade : ..... Discipline (pour les enseignants du 2<sup>nd</sup> degré) : .....

Si vous êtes dans l'Education Nationale, préciser l'établissement d'affectation : N° / 0 / / / / / / / <sup>1</sup>

Dénomination ..... Ville : .....

- Si vous n'êtes pas fonctionnaire ou assimilé, préciser :

Profession : ..... exercée depuis le .....

Employeur et adresse de l'employeur : .....

N'exerce pas d'activité depuis le .....

#### ■ Madame

NOM (de jeune fille) : ..... NOM D'USAGE ..... Prénom : .....

- Si vous êtes fonctionnaire ou assimilée, préciser :

Grade : ..... Discipline (pour les enseignants du 2<sup>nd</sup> degré) : .....

Si vous êtes dans l'Education Nationale, préciser l'établissement d'affectation : N° / 0 / / / / / / / <sup>1</sup>

Dénomination ..... Ville : .....

- Si vous n'êtes pas fonctionnaire ou assimilée, préciser :

Profession : ..... exercée depuis le .....

Employeur et adresse de l'employeur : .....

N'exerce pas d'activité depuis le .....

#### ① Situation de famille. <sup>2</sup>

célibataire .....  marié(e) depuis le .....

séparé(e) depuis le .....  divorcé(e) depuis le .....

vie maritale ou couple ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité depuis le .....

veuf(ve) depuis le .....

#### ② Adresse de la Famille (en cas de divorce avec garde alternée des enfants, indiquer l'adresse du père et de la mère) :

.....  
.....  
.....

<sup>1</sup> ces références figurent sur le bulletin de paie en haut à gauche. <sup>2</sup> cocher la case correspondant à la situation.

③ Enfants à charge âgés de moins de 20 ans et vivant à votre foyer :

Nom – Prénom	Date de naissance	Lien de parenté (fils, fille, neveu, nièce ...)	Situation (Préciser si : élève, apprenti, étudiant ...)
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**Rappel : les enfants à charge ne doivent pas percevoir l'allocation personnalisée au logement (APL) ou l'allocation logement sociale (ALS).**

④ Enfants qui ne sont pas à votre charge âgés de moins de 20 ans :

Etes vous le parent d'autres enfants qui ne sont pas à votre charge <sup>2</sup>  oui  non Si oui, précisez les ci-dessous.

Nom – Prénom	Date de naissance	Lien de parenté (fils, fille, neveu, nièce ...)	Situation (Préciser si : élève, apprenti, étudiant ...)
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**Détermination de l'attributaire**

*(à compléter par les personnes mariées, vivant en couple/ayant conclu un PACS ou divorcées si garde alternée des enfants; l'option ne peut être remise en cause qu'au bout d'un an, sauf changement de situation)*

Le couple d'un commun accord désigne comme attributaire du SFT <sup>2</sup> :  Monsieur  Madame  
pour une durée de  6 mois (uniquement en cas de divorce avec garde alternée des enfants)

à compter du ..... **Signature de Monsieur**      **Signature de Madame**

**Déclaration sur l'honneur**

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 intéressé, tout changement modifiant cette déclaration. 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).

(Faire précéder la signature de la mention :  
« lu et signé en toute connaissance de cause »)      A ....., le .....  
**Signature de l'attributaire**

Conformément au règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel, et à la loi « Informatique, fichiers et libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée » vous disposez d'un droit d'accès et de rectification et également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données (cf.cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits). Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données (DPO) par voie électronique : [dpo@ac-aix-marseille.fr](mailto:dpo@ac-aix-marseille.fr) ou par courrier postal : Rectorat d'Aix-Marseille Délégué à la protection des données, place Lucien Paye 13621 Aix-en-Provence cedex 1.

<sup>2</sup> cocher la case correspondant à la situation.

**ACADEMIE D'AIX-MARSEILLE**

**ATTESTATION CONCERNANT LE SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT**

(à compléter et renvoyer, en début d'année scolaire par l'attributaire percevant ou demandant à bénéficier du supplément familial de traitement, au gestionnaire de rémunération principale : enseignants du 1<sup>er</sup> degré → Inspection Académique - Personnels ATSS et enseignants du second degré → Rectorat).

**① Attributaire.**

NOM D'USAGE : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

Grade : ..... Discipline : ..... Etablissement d'affectation : N° / 0 / / / / / / / <sup>1</sup>  
dénomination ..... Ville : .....

**② A compléter pour une personne vivant seule : Situation de famille <sup>2</sup>**

Célibataire  
 Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(f)ve  Fin de vie maritale ou de contrat de pacte civil de solidarité depuis le .....  
Je certifie vivre seul(e), sans conjoint(e) ni concubin(e).

**③ Personne mariée ou vivant maritalement ou ayant contracté un pacte civil de solidarité : Situation professionnelle du conjoint <sup>3/2</sup>**

NOM : ..... PRENOM : .....

N'exerce pas d'activité depuis le .....  
 Exerce la profession de ..... depuis le .....  
Désignation de l'entreprise : .....  
 Fonctionnaire ou assimilée\* : grade ..... discipline : .....  
lieu d'exercice .....

\* Toutefois, si votre conjoint <sup>3</sup> exerce dans un établissement du 1<sup>er</sup> ou du 2<sup>nd</sup> degré public ou privé ou dans un service académique de l'Académie d'Aix-Marseille, veuillez préciser son grade, sa discipline et son lieu d'exercice. Dans ce cas, il est inutile de faire compléter l'attestation ci-après (⑥).

**④ Enfants à charge et vivant à votre foyer âgés de moins de 20 ans :**

Nom – Prénom	Date de naissance	Lien de parenté (fils, fille, neveu, nièce ...)	Situation (Préciser si : élève, apprenti, étudiant ...)
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**Rappel : les enfants à charge ne doivent pas percevoir l'allocation personnalisée au logement (APL) ou l'allocation logement sociale (ALS).**

**⑤ Enfants qui ne sont pas à votre charge âgés de moins de 20 ans :**

Etes vous le parent d'autres enfants qui ne sont pas à votre charge <sup>2</sup>  oui  non Si oui, précisez les ci-dessous.

Nom – Prénom	Date de naissance	Lien de parenté (fils, fille, neveu, nièce ...)	Situation (Préciser si : élève, apprenti, étudiant ...)
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

<sup>1</sup> ces références figurent sur le bulletin de paie en haut à gauche.    <sup>2</sup> cocher la case correspondant à la situation.    Ed. 04 - 2008  
<sup>3</sup> celui ou celle du couple qui n'a pas été désigné comme l'attributaire du SFT, que le couple soit marié, en vie commune ou ayant conclu un pacte civil de solidarité.

**ACADEMIE D'AIX-MARSEILLE**

**⑥ ATTESTATION A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT <sup>3</sup> (PERE OU MERE DU OU DES ENFANTS CONCERNE(S))**

Je soussigné(e) (Nom et qualité du signataire) : .....  
 atteste que M(me) ..... employé(e) depuis le .....  
 en qualité de ..... dans (dénomination sociale de l'employeur) .....

- 1) Bénéficie du supplément familial de traitement alloué aux fonctionnaires de l'Etat en vertu des  
 en vertu des dispositions du décret n°51-619 du 14 mai 1951. <sup>2</sup>  oui  non
- 2) Perçoit un avantage familial, au titre d'un statut particulier, qui lui confère, de ce fait, une  
 rémunération supérieure à celle d'un employé de même catégorie n'ayant pas d'enfant à  
 charge <sup>2</sup>, appelé : .....  oui  non

Au titre des enfants, ci-dessous, désignés :

NOM – PRENOM	DATE DE NAISSANCE
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Ne bénéficie plus de supplément familial de traitement à compter du .....

**CACHET DE L'EMPLOYEUR**

Fait à ....., le .....  
**Signature**

**⑦ A compléter dans tous les cas.**

**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

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 intéressé, tout changement modifiant cette déclaration. 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).

(Faire précéder la signature de la mention : **A ....., le .....**  
 « lu et signé en toute connaissance de cause ») **Signature de l'attributaire**

Conformément au règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel, et à la loi « Informatique, fichiers et libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée » vous disposez d'un droit d'accès et de rectification et également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données (cf.cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits). Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données (DPO) par voie électronique : [dpo@ac-aix-marseille.fr](mailto:dpo@ac-aix-marseille.fr) ou par courrier postal : Rectorat d'Aix-Marseille Délégué à la protection des données, place Lucien Paye 13621 Aix-en-Provence cedex 1.

<sup>2</sup> cocher la case correspondant à la situation.

<sup>3</sup> celui ou celle du couple qui n'a pas été désigné comme l'attributaire du SFT, que le couple soit marié, en vie commune ou ayant conclu un pacte civil de solidarité.

**SITUATION DES ENFANTS AGES DE PLUS DE 16 ANS**

(à compléter et renvoyer, en début d'année scolaire, par l'attributaire percevant ou demandant à bénéficier du supplément familial de traitement, au gestionnaire de rémunération principale : enseignants du 1<sup>er</sup> degré → DASEN - Personnels ATSS et enseignants du second degré → Rectorat).

① **Attributaire du supplément familial de traitement.**

NOM D'USAGE : ..... PRENOM : .....  
ADRESSE : .....  
Grade : ..... Discipline : ..... Etablissement d'affectation : N° 0 / / / / / /  
Dénomination ..... Ville : .....

② **Renseignement relatif à l'enfant à charge :**

NOM : ..... PRENOM : ..... Né(e) le .....

③ **Situation de l'enfant à charge<sup>2</sup> :**

- 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.

*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.  
A ..... , le ..... Signature :

- 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.  
A ..... , le ..... Signature :

- Enfant vivant en concubinage ou marié ou ayant conclu un pacte civil de solidarité.

Cet enfant n'est plus considéré comme étant à votre charge au sens du Code de la sécurité sociale → Joindre copie de l'acte de mariage ou du contrat de PACS ou du certificat de vie commune ou de concubinage.

④ **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, au service intéressé, 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).

(Faire précéder la signature de la mention : A ..... , le .....  
« lu et signé en toute connaissance de cause ») Signature

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre dossier. Les destinataires des données sont votre service gestionnaire et/ou les services de la DRFiP.

Conformément au règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel, et à la loi « Informatique, fichiers et libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée vous disposez d'un droit d'accès et de rectification et également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données (cf. [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits). Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données (DPO) par voie électronique : [dpo@ac-aix-marseille.fr](mailto:dpo@ac-aix-marseille.fr) ou par courrier postal : Rectorat d'Aix-Marseille Délégué à la protection des données, place Lucien Paye 13621 Aix-en-Provence cedex 1.

<sup>1</sup> ces références figurent sur le bulletin de paie en haut à gauche. <sup>2</sup> cocher la case correspondant à la situation.