

Cachet du service obligatoire (ci-dessous)

DÉCLARATION en vue de l'attribution du SUPPLÉMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

Agent

SITUATION FAMILIALE ET PROFESSIONNELLE

Nom et prénom _____ N° matricule _____
 Adresse personnelle _____
 Situation de famille marié(e) concubin partenaire d'un PACS séparé(e) divorcé(e) célibataire veuf(ve)
 Depuis le _____
 Grade ou emploi _____

Conjoint*

* A remplir uniquement par le conjoint employé du secteur public qui a renoncé au versement du SFT. A signer^(A) et faire viser par l'employeur, uniquement lors de la 1^{re} demande.^(B)

Nom et prénom _____

Enfants

Nom / Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Situation (1)	L'enfant est-il à votre charge (à votre domicile) ? (2)
				<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

(1) - scolarisé, étudiant, apprenti, stagiaire... (2) - Le versement du supplément familial de traitement est dû à la personne physique qui assume la charge effective et permanente de l'enfant (Livre 5, Titre 1^{er}, Art L513-1 du Code de la Sécurité Sociale). En cas de garde alternée, il appartient au couple concerné de désigner, d'un commun accord, celui des parents qui sera habilité à percevoir le versement du supplément familial de traitement.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus ainsi que sur les documents joints à la présente déclaration et m'engage à signaler toutes modifications éventuelles.

Agent demandant à bénéficier du supplément familial de traitement

Fait à _____, le _____
Signature

(A) Conjoint(e) renonçant à bénéficier du supplément familial de traitement

Fait à _____, le _____
Signature

(B) Cachet et visa de l'employeur public du conjoint attestant du non versement du supplément familial de traitement

Fait à _____, le _____
Signature

Pour toute information

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

(photocopies)

- ❑ POUR TOUT ENFANT AGE DE SEIZE ANS ET PLUS A LA DATE DE LA PRESENTE DECLARATION, SANS REVENUS SALARIAUX OU ASSIMILES :
 - enfants scolarisés : certificat de scolarité ;
 - enfants malades ou infirmes : certificat médical précisant la durée de l'incapacité à suivre des études ou à exercer une activité professionnelle (certains enfants peuvent ouvrir droit au versement de l'allocation d'éducation spéciale : une attestation de versement de cette allocation rend alors inutile la production d'un certificat médical) ;
 - autres cas : déclaration sur l'honneur du père ou de la mère sollicitant l'attribution du supplément familial de traitement, confirmant la non-activité professionnelle de l'enfant (exemplaire original).

- ❑ POUR TOUT ENFANT DE PLUS DE SEIZE ANS A LA DATE DE LA PRESENTE DECLARATION, AYANT DES REVENUS SALARIAUX OU ASSIMILES :
 - stagiaires de la formation professionnelle : attestation de stage mentionnant les dates de début et de fin de stage et le montant mensuel de l'indemnité perçue par le stagiaire ;
 - apprentis : contrat d'apprentissage et dernier bulletin de salaire ;
 - salariés : décision d'embauche ou contrat de travail et dernier bulletin de salaire ;
 - allocataires de l'assurance chômage : dernier avis de paiement des allocations.

- ❑ POUR DEUX ENFANTS ET PLUS, fournir UNE ATTESTATION C.A.F., précisant pour quels enfants elle vous verse des prestations.

Cette déclaration est à fournir annuellement et à son défaut, le paiement du supplément familial dû au titre de vos enfants à charge peut être suspendu.