



**ATTESTATION**  
**En vue du paiement du Supplément Familial de Traitement**  
**(S.F.T.)**

Je soussigné(e)

**NOM DE FAMILLE :** ..... **NOM D'USAGE :** ..... **Prénom :** .....

**ÉTABLISSEMENT(S) D'AFFECTATION :** .....

**CATÉGORIE D'EMPLOI :** CD  CP  MD  MD SUPPLÉANT  ÉTUDIANTS CONTRACTUEL ALTERNANT

Déclare sur l'honneur <sup>1</sup>:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Célibataire               | <input type="checkbox"/> Divorcé(e) ou séparé(e) depuis le..... |
| <input type="checkbox"/> Marié (e) depuis le ..... | <input type="checkbox"/> Vie Maritale depuis le.....            |
| <input type="checkbox"/> Pacsé (e) depuis le ..... | <input type="checkbox"/> Veuf (ve) depuis le.....               |

**Nom du conjoint** ..... **Prénom :** .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Profession : ..... Fonctionnaire  Non fonctionnaire

Employeur (Nom et adresse) : .....

- avoir la charge effective et permanente des enfants (*joindre une copie des pages utiles du livret de famille et pour les personnes percevant les prestations familiales de la CAF une attestation de cet organisme précisant les enfants bénéficiaires*). Les enfants à charge ne doivent pas être bénéficiaires de l'allocation personnalisée au logement (ALS) ou l'allocation de logement social (ALS).

<b>NOM des enfants</b>	<b>PRÉNOM des enfants</b>	<b>DATE DE NAISSANCE</b>

- que mon conjoint ou concubin mère ou père des enfants est actuellement : <sup>2</sup>

- étudiant (*joindre une copie de la carte d'étudiant*) ;
- sans emploi ou demandeur d'emploi (*joindre une copie du dernier relevé pôle emploi*) ;
- mère ou père au foyer (*joindre une copie de l'attestation de la carte vitale*) ;
- fonctionnaire ou employé(e) dans le « secteur public »<sup>3</sup> (*joindre une copie du dernier bulletin de salaire*) ;
- retraité(e), exploitant agricole, travailleur indépendant, ou artisan (*situations à justifier par copie du dernier relevé de pension, ou du dernier relevé d'exploitation parcellaire pour les exploitants agricoles, ou cachet et n° d'inscription au registre du commerce*) ;
- employé(e) dans le secteur privé chez : ..... (*joindre l'attestation de non paiement du SFT par l'employeur ou à défaut copie du dernier bulletin de salaire*).

Je déclare avoir pris connaissance des peines encourues ci-dessous en cas de fausses déclarations et m'engage à faire connaître au service de gestion des personnels tout changement intervenant dans ma situation familiale.<sup>4</sup>

A ..... , le .....  
Signature de l'agent,

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatisé destiné à la gestion administrative et financière.*

*Le droit d'accès et de rectification des données vous concernant prévu par la loi<sup>78-17</sup> du 6 janvier 1978, peut être exercé en vous adressant au Rectorat de l'Académie de Nantes – Division de l'enseignement privé – BP 72616 44326 NANTES CEDEX 3.*

<sup>1</sup> Rayer les mentions inutiles.

<sup>2</sup> Cocher la case correspondante et joindre la pièce justificative.

<sup>3</sup> L'article 20 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 précise qu'en cas de pluralité de fonctionnaires assumant la charge du ou des mêmes enfants, le SFT est versé à celui désigné d'un commun accord entre les intéressés.

<sup>4</sup> Rappels : l'article 20 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 précise que le droit au supplément familial de traitement est ouvert en fonction du nombre d'enfants à charge au sens des prestations familiales. La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. 441-1 du code pénal).