

ACCOMPAGNANT-E D'ÉLÈVE / DE PERSONNEL EN SITUATION DE HANDICAP

CIVILITE - COORDONNEES

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : Prénom :

Nom patronymique (nom de jeune fille) :

Nationalité :

Date de naissance : Lieu de naissance (ville/département) :

Numéro de sécurité sociale : clé :

Adresse personnelle :

.....

Numéro de téléphone personnel :

Adresse électronique personnelle :

Si vous avez déjà été employé-e par l'Education nationale, précisez votre NUMEN :

.....

SITUATION FAMILIALE

☐ célibataire ☐ marié(e)* ☐ PACS* ☐ divorcé(e)* ☐ séparé(e)* ☐ veuf(ve)*

* depuis le :

Conjoint :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Enfants à charge :

Nom

Prénom

Date de naissance

.....

.....

.....

.....

Si vous souhaitez demander le bénéfice du supplément familial de traitement (SFT), l'annexe 1 est à compléter et à renvoyer avec cette fiche de renseignement.

CUMUL D'ACTIVITE

- ☐ OUI, je souhaite cumuler cette activité avec un autre emploi
☐ NON, je ne cumule aucune autre activité

Si oui, l'annexe 2 est à compléter et à renvoyer avec ce formulaire.

PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE (PSC)

Forfait mensuel de 15 €, correspondant au remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais de santé (mutuelle complémentaire).

L'agent bénéficiaire en qualité d'ayant-droit d'un contrat collectif conclu par un autre employeur n'est pas éligible au remboursement mensuel de 15€ s'il bénéficie déjà d'un financement de cet employeur.

- ☐ OUI, je souhaite en bénéficier ☐ NON, je ne souhaite pas en bénéficier

Si oui, il convient de compléter et renvoyer l'annexe 3.

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT A L'EMPLOYEUR

- Fiche de renseignement
- Copie d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité ou passeport)
- Copie de votre carte vitale
- Relevé d'identité bancaire

Le cas échéant :

- un état des services dans l'Education nationale
- le formulaire de demande de SFT (annexe 1) accompagné des documents demandés
- le formulaire de cumul d'activité (annexe 2)
- le formulaire de demande de PSC (annexe 3) accompagné de l'attestation demandée

☐ Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à faire connaître à l'administration tout changement intervenant dans ma situation.

A, le

Signature

ATTESTATION

En vue du paiement du supplément familial de traitement (SFT)

Je soussigné(e),

NOM :

Prénom :

NIR :

Ministère :

Gestion :

Départ :

Déclare sur l'honneur être : rayer les mentions inutiles

Marié(e)

Célibataire

Veuf(ve)

Séparé(e) : Joindre la preuve de la séparation établie par tous moyens

Pacsé(e) : Joindre une copie du PACS délivré par le Tribunal d'instance

Vivre maritalement depuis le / / avec M (Mme) Nom : Prénom :

Apporter la preuve de la communauté de vie par tous moyens (certificat de vie maritale établi par le maire de commune de résidence, facture, quittance...)

Et avoir la charge effective des enfants

NOM :

PRENOM :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Joindre obligatoirement :

- une photocopie du ou des livrets de famille

- **et** une attestation de la CAF précisant les enfants ouvrant droit aux prestations familiales, cette attestation est éditée par Internet avec votre numéro d'allocataire

et que mon conjoint(e) ou concubin(e) ou père (mère) des enfants , M (ou Mme) Nom

Prénom est actuellement :

- fonctionnaire ou employé(e) dans le « secteur public » : (1) joindre une attestation de non-versement du SFT de l'employeur public

- employé(e) dans le secteur privé : joindre une attestation de l'employeur ou copie du dernier bulletin de salaire

chez :

adresse :

- sans emploi ou demandeur d'emploi : joindre l'attestation de Pôle Emploi ou l'attestation CAF (édictée sur Internet avec votre numéro d'allocataire ; rubrique « ma situation », précisant la situation professionnelle)

- étudiant (joindre une copie de la carte d'étudiant)

- mère ou père au foyer (joindre copie de l'attestation de carte vitale)

- 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)

Je déclare avoir pris connaissance des peines encourues ci-dessous en cas de fausses déclarations.

A....., le

Signature de l'agent

(1) L'article 4 de la loi 91-715 du 26 juillet 1991 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.

Rappels : l'article 20 de la loi 83-634 du 13 juillet 1983 stipule 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 rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. 150 du code pénal) ; Des contrôles peuvent être opérés à tout moment

DEMANDE D'AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITES

AGENT A TEMPS INCOMPLET INFERIEUR A 70%

Si votre durée du travail est inférieure ou égale à 70 % de la durée légale du travail (soit inférieure ou égale 24 heures 30 par semaine), vous pouvez exercer une ou plusieurs activités privées lucratives.

Vous devez déclarer votre activité à votre administration employeur.

Cette activité doit être compatible avec votre emploi et sans effet sur le fonctionnement du service public.

L'administration peut à tout moment s'opposer à l'exercice de cette activité si elle est incompatible avec vos fonctions ou l'emploi que vous occupez. L'administration peut aussi s'opposer à l'exercice de cette activité si elle vous place en situation de prise illégale d'intérêt.

INFORMATIONS GENERALES

Nom : Prénom :

PIAL de rattachement :

Etablissement d'affectation :

☐ En CDD AESH depuis le : ☐ En CDI depuis le :

Quotité de temps de travail du contrat : heures par semaine

Employeur : ☐ Rectorat ☐ Lycée Douanier Rousseau Laval ☐ Lycée Le Mans Sud

DESCRIPTION DE L'ACTIVITE ENVISAGEE

Date souhaitée de début de l'activité :

Nature de l'activité envisagée :

.....

.....

Identité et coordonnées de l'employeur :

.....

Si création ou reprise d'entreprise, préciser la forme et l'objet social :

.....

.....

Conditions de réalisation de l'activité (durée, horaires, temps de travail, variation saisonnière ...) :

.....

.....

.....

.....

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES QUE VOUS SOUHAITEZ APPORTER

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à Le

Signature du demandeur :

Cadre réservé à l'employeur : avis de l'autorité hiérarchique

- ☐ Favorable
- ☐ Défavorable, motifs :
-
-

Date, cachet et signature

CE DOCUMENT EST A RENVoyer A VOTRE EMPLOYEUR

Employeur	RECTORAT	Lycée Douanier Rousseau - Laval	Lycée Le Mans Sud - Le Mans
Service gestionnaire administratif et paie	SAE Service de l'accompagnement éducatif	SMPA2E	SMP LMS
Adresses	44 contact.aesh@ac-nantes.fr	44 et 49 aesh.4449@ac-nantes.fr	smp.lms@ac-nantes.fr
	49 contact.aesh49@ac-nantes.fr		
	53 contact.aesh53@ac-nantes.fr	53 - 72 - 85 aesh.537285@ac-nantes.fr	
	72 contact.aesh72@ac-nantes.fr		
	85 contact.aesh85@ac-nantes.fr		
	AENSH/APSH contact.aensh-apsh@ac-nantes.fr		
	Rectorat SAE - 4 rue de la Houssinière B.P. 72616 44 326 Nantes Cedex 3	Lycée polyvalent Douanier Rousseau SMPA2E 7, rue des archives - 53 000 Laval	Lycée polyvalent Le Mans Sud SMP LMS 128 rue Henri Champion 72100 Le Mans

DEMANDE DE REMBOURSEMENT FORFAITAIRE DES COTISATIONS DE PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE EN SANTE

Décret n° 2021-1164 du 8 septembre 2021 relatif au remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais de santé des agents civils et militaires de l'État

Attention : Il convient de joindre à cette demande l'attestation* émise par l'organisme complémentaire avec lequel le contrat est conclu et au titre duquel les cotisations en matière de santé lui sont versées.

Nom de naissance	
Nom d'usage	
Prénom(s) (prénom usuel souligné)	
N° de sécurité sociale	
Grade	
Discipline	
Etablissement/ Service d'affectation	

Je demande le remboursement forfaitaire des cotisations versées au titre d'un contrat de complémentaire santé :

Nom de l'organisme complémentaire	
☐	Titulaire
☐	Ayant-droit

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans la présente demande et je m'engage à signaler immédiatement tout changement de ma situation individuelle qui aurait pour conséquence de modifier mes droits au remboursement.

A _____, le _____

Signature de l'agent

* une attestation doit préciser le caractère du responsable et solidaire du contrat tel que défini aux articles L862-4 et L871-1 du code de la sécurité sociale