

**DEMANDE D'ATTRIBUTION DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT  
 DECLARATION SUR L'HONNEUR**

**Personnels :**                      1<sup>er</sup> degré                       2<sup>nd</sup> degré                       Autre

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE :**  FONCTIONNAIRE  NON-FONCTIONNAIRE

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

DOMICILE : .....

AFFECTATION : .....

**SITUATION DE FAMILLE** (cocher la case correspondante)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Marié(e) depuis le.....      | <input type="checkbox"/> Séparé(e) légalement depuis le ..... |
| <input type="checkbox"/> Vie maritale depuis le ..... | <input type="checkbox"/> Divorcé(e) depuis le .....           |
| <input type="checkbox"/> Célibataire depuis le .....  | <input type="checkbox"/> Séparé(e) de fait depuis le .....    |

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT OU LE CONCUBIN**

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

DOMICILE (si différent de celui du bénéficiaire) : .....

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR : .....

BENEFICIE T-IL D'UN SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT DE LA PART DE SON EMPLOYEUR ?

- OUI                                       NON

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS A CHARGE**

NOM ET PRENOM	LIEN DE PARENTE (1)	DATE DE NAISSANCE	SITUATION(2)

(1) : adoptif – enfant du conjoint ou du concubin  
 (2) : étudiant – lycéen – collégien – salarié dont la rémunération ne dépasse pas 55% du SMIC – apprenti – scolarisé

Je soussigné(e) ..... atteste sur l'honneur que l'ensemble des renseignements indiqués sur le présent imprimé est bien exact et sincère.

**Date et Signature :**

Je m'engage par ailleurs à prévenir immédiatement l'administration de tout changement intervenant dans ma situation familiale et professionnelle susceptible de modifier mes droits au Supplément Familial de Traitement (SFT), sachant que toute déclaration inexacte, incomplète ou tardive de ma part m'exposerait au remboursement des sommes indûment perçues.

**Cette demande doit être retournée, dûment remplie, datée et signée accompagnée :**

- **d'une copie du livret de famille, et de tout document relatif à la situation familiale (ordonnance de non-conciliation, jugement de divorce, attestation de vie en concubinage, attestation de vie non-maritale, etc.)**
- **d'une attestation de non-versement du SFT établie par l'employeur de votre conjoint ou concubin**
- **certificat de scolarité pour des enfants (attestation de situation pour les enfants de plus de 16 ans)**
- **extrait d'acte de naissance des enfants (de moins de trois mois)**
- **copie du dernier avis d'imposition**
- **attestation d'inscription à la caisse d'assurance maladie sur lequel figure les enfants**
- **copie de la carte d'identité du conjoint**

#### **MENTIONS LEGALES CNIL**

Vice-Rectorat de Mayotte

« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné au paiement du supplément familial de traitement. Le destinataire des données est : le Vice-Rectorat de Mayotte.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au :

**Vice-Rectorat de Mayotte - BP 76 – 97600 MAMOUDZOU**

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

## ANNEXE 1 : SITUATION DES ENFANTS AGES DE PLUS DE 16 ANS

### ① Bénéficiaire du supplément familial de traitement.

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

ADRESSE : .....

Grade : ..... Discipline : .....

Etablissement d'affectation : ..... Ville : .....

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

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

Né(e) le : .....

### ③ Situation de l'enfant à charge : (cocher la case correspondant à la situation)

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.*

Infirmes, handicapé ou atteint 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.

Veillez préciser : .....

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 DPE 1, 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).

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

## ANNEXE 2 : ATTESTATION A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT

### Identification de l'agent

NOM :

PRENOM :

N° INSEE :

GRADE :

ETABLISSEMENT :

### A remplir par l'employeur du conjoint

Je soussigné(é), (Nom, Prénom, qualité)

Certifie que Monsieur Madame (1)

Employé (e) en qualité de

(2)  **perçoit** de notre part un supplément familial de traitement depuis le :

**Concernant le ou les enfants à charge suivant(s) :**

Nom et prénom	Date de naissance

(2)  **ne perçoit pas** de notre part un supplément familial de traitement

Le présent formulaire est destiné au :

Cachet de l'autorité  
délivrante l'attestation

Fait à

le

Signature

- (1) Rayer la mention inutile  
(2) Cocher la case intéressée

### A remplir par le conjoint (ou ex conjoint)

Je soussigné(e),....., certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et

**Autorise mon (ma) conjointe, ou mon ex-conjoint(e)**

**NOM** ..... **PRENOM** .....

à percevoir le SFT pour les enfants désignés ci-dessus.

*(En cas de séparation, ou divorce, si le conjoint fonctionnaire souhaite le versement du SFT en sa faveur, il (elle) devra en faire la demande auprès de son employeur. Si c'est un employeur privé, le conjoint devra faire une demande manuscrite au nom du Trésorier Payeur général afin d'obtenir la cession du SFT versée au fonctionnaire rémunéré par le Vice-rectorat)*

Fait à le

Signature de l'époux ou du conjoint  
(joindre une copie de la pièce d'identité)

**Le supplément familial de traitement ne peut faire l'objet que d'UN SEUL versement mensuel en faveur de l'un ou l'autre des conjoints (ou à défaut réparti entre les conjoints ou ex conjoints)**  
**Toute fausse déclaration est passible des peines prévues par l'article 441-6 du code pénal**

**ANNEXE 3 : ATTESTATION A REMPLIR PAR LE CONJOINT MARIÉ OU PACSÉ  
N'EXERÇANT PAS D'ACTIVITÉ**

**A remplir par le conjoint**

NOM :

PRENOM :

N° INSEE :

NE(e) le :

Epoux (se), Conjoint (e) (marié ou pacsé) *(Rayer les mentions inutiles)* :

NOM :

PRENOM :

NE (e) le :

N° INSEE :

ACTIVITÉ EXERCÉE :

N'exerce pas de profession rémunérée et ne perçoit pas, de la part d'aucun organisme, le supplément familial de traitement au titre des enfants énumérés ci-dessous :

-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-

Je soussigné(é).....  
certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements communiqués ci-dessus et

**Autorise mon (ma) conjoint(e)**, à percevoir le supplément familial de traitement pour les enfants désignés ci-dessus.

Fait à le

Signature de l'époux ou du conjoint  
*(joindre une copie de la pièce d'identité)*

***Le supplément familial de traitement ne peut faire l'objet que d'UN SEUL versement mensuel en faveur de l'un ou l'autre des conjoints (ou à défaut réparti entre les conjoints ou ex conjoints)***

***Toute fausse déclaration est passible des peines prévues par l'article 441-6 du code pénal***

**ANNEXE 4 : ATTESTATION A REMPLIR PAR LE CONJOINT DIVORCÉ OU SÉPARÉ  
N'EXERCANT PAS D'ACTIVITÉ**

**A remplir par l'ex conjoint**

NOM :

PRENOM :

N° INSEE :

NE(e) le :

Ex-Epoux (se), ex-Conjoint (e) (divorcé ou séparé) *(Rayer les mentions inutiles) :*

NOM :

PRENOM :

NE (e) le :

N° INSEE :

ACTIVITÉ EXERCÉE :

N'exerce pas de profession rémunérée et ne perçoit pas, de la part d'aucun organisme, le supplément familial de traitement au titre des enfants énumérés ci-dessous :

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

Je soussigné(é).....  
certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements communiqués ci-dessus et

**Autorise mon (ma) ex-conjoint(e)**, à percevoir le supplément familial de traitement pour les enfants désignés ci-dessus.

*(Si l'ex conjoint souhaite le versement du SFT il(elle) devra déposer une demande manuscrite, au nom du Trésorier payeur Général afin d'obtenir une cession du SFT versée au fonctionnaire rémunéré par le Vice-rectorat (accompagné des pièces justificatives)*

Fait à le

Signature de l'époux ou du conjoint  
*(joindre une copie de la pièce d'identité)*

**Le supplément familial de traitement ne peut faire l'objet que d'UN SEUL versement mensuel en faveur de l'un ou l'autre des conjoints (ou à défaut réparti entre les conjoints ou ex conjoints)**

**Toute fausse déclaration est passible des peines prévues par l'article 441-6 du code pénal**