

**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<br>(fils, fille, neveu, nièce ...) | Situation<br>(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<br>(fils, fille, neveu, nièce ...) | Situation<br>(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).

A ....., le .....

(Faire précéder la signature de la mention :

« 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.

**CONTROLE ET SUIVI DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE  
TRAITEMENT**

Document à compléter et renvoyer au gestionnaire de rémunération principale (D.S.D.E.N. pour les enseignants du 1er degré - Rectorat pour les personnels ATSS et enseignants du second degré).

Je perçois le SFT et ma situation n'a pas changé depuis l'année scolaire 2019-2020

→ retourner le document dûment complété et signée, accompagnée de l'attestation de l'employeur du conjoint ; **Attestation CAF**

→ pour les enfants âgés de plus de 16 ans, joindre obligatoirement un certificat de scolarité

Je ne reçois pas le SFT et souhaite en bénéficier

→ retourner l'enquête dûment complétée et signée, accompagnée de l'attestation de l'employeur du conjoint ; **Attestation CAF**

Je perçois le SFT et ma situation familiale a changé depuis l'année scolaire 2019-2020

→ pour les enfants âgés de plus de 16 ans, joindre obligatoirement un certificat de scolarité

→ joindre tout document relatif à la situation familiale (livret de famille, jugement de divorce, ordonnance de non conciliation...)

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE :**

NOM D'USAGE: ..... NOM DE NAISSANCE: .....

PRENOM: ..... N° INSEE (S.S.): ...../...../...../...../...../...../.....

ADRESSE : .....

..... TELEPHONE : .....

COURRIEL : .....

**SITUATION FAMILIALE (cocher la case correspondante) :**

- 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 .....

**Enfants à Charge**

| Nom prénom des enfants | Date de naissance | Lien de parenté (légitime/naturel/enfant conjoint...) | Situation (scolarisé/étudiant / apprenti...) | Enfant à votre charge effective et permanente | Précisez le nom de l'autre parent si ce dernier n'est pas le conjoint |
|------------------------|-------------------|---|--|---|---|
|                        |                   |   |  |   |   |
|                        |                   |   |  |   |   |
|                        |                   |   |  |   |   |
|                        |                   |   |  |   |   |
|                        |                   |   |  |   |   |

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.

A ....., le .....

**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 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.

## DETERMINATION 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 (cocher la case correspondante) :  Monsieur  Madame pour une durée d'un an.

Adresse : .....

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

## ATTESTATION A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT

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 dispositions du décret n°51-619 du 14 mai 1951 (cocher la case correspondante).  
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

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 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.

**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 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.