

ATTESTATION N° 3

Partie à remplir si vous vivez seul(e)

ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE VIE NON MARITALE

Je soussigné(e) Madame / Monsieur
(NOM, Prénom)

- déclare sur l'honneur vivre seul(e) : ni marié(e), ni en concubinage, ni lié(e) par un PACS, ni divorcé(e) depuis la naissance ou l'adoption de mon enfant (de mes enfants)
- et élever seul(e) mon (ou mes) enfant(s) depuis le

Inscrire le nom, prénom, date de naissance des enfants à charge :

-
-
-
-
-

Je m'engage à prévenir immédiatement la DSDEN – DPE 4 de tout fait qui viendrait modifier cette déclaration.

Fait à le.....

Signature :

**La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement
quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations
(Art. L 544.1 du Code de Sécurité Sociale – Art. 150 du Code Pénal)**

Division des personnels
enseignants du 1er degré
Bureau DPE42021-2022
Gestion des professeurs des
écoles stagiaires
Mél : dpe4-stagiaires@ac-lyon.fr21, Rue Jaboulay
69309 Lyon Cedex 07

SUPPLÉMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

Le supplément familial de traitement (SFT) est un élément de rémunération versé aux personnels selon le nombre d'enfants à charge, et non une prestation familiale. Dans un couple, il est cumulable avec un autre élément de même nature, sauf pour un couple de fonctionnaires ou assimilés, où le choix du bénéficiaire doit être effectué. Ce choix ne peut être remis en cause pendant une période d'une année. Le SFT est versé pour les enfants de 1 mois à 16 ans sans justificatif et pour les enfants de 16 à 20 ans sur présentation d'un certificat de scolarité. Veuillez compléter ce document afin de permettre l'étude de votre droit au SFT.

SITUATION DE L'AGENT

NOM d'usage, Prénom :

Numéro de sécurité sociale :

 Vous êtes marié(e), pacsé(e), en concubinage (rayer les mentions inutiles)

- et votre conjoint est également fonctionnaire ou assimilé (EDF, SNCF,...) complétez les attestations n° 1 et 2
- et votre conjoint n'est pas fonctionnaire, complétez l'attestation n°1.

 Vous êtes séparé(e) ou divorcé(e) (fournir la photocopie du jugement vous confiant la garde de(s) l'enfant(s))

- et votre ex-conjoint est également fonctionnaire ou assimilé (EDF, SNCF,...) complétez les attestations n° 1 et 2
- et votre ex-conjoint n'est pas fonctionnaire, complétez l'attestation n°1

 Vous vivez seul(e) : complétez l'attestation n°3

PIÈCES À FOURNIR

- Copie complète du livret de famille
- Attestation de paiement de la CAF (à partir de 2 enfants à charge)
- Certificat de scolarité de chaque enfant âgé de 16 ans à 20 ans.

ENFANTS (les vôtres et ceux de votre conjoint ou partenaire PACS ou concubin)

NOM	Prénom	Date de naissance	En avez-vous la garde ?	
			OUI	NON
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je m'engage à signaler immédiatement tout changement susceptible de survenir dans ma situation familiale ou professionnelle ou celle de mes enfants.

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

Fait à, le

Signature précédée de « **lu et approuvé** » :

ATTESTATION N° 1*Partie à remplir par l'employeur du parent **non fonctionnaire*****IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR****NOM ou Raison sociale :****Adresse :****ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR***(Application de l'instruction n° 744 B1 V 36 du 17/01/74 de la Direction de la Comptabilité Publique)*

Je soussigné(e)

- ◆ Organisme privé
- ◆ Organisme privé auquel le caractère de service public a été reconnu par le Conseil d'Etat
(Rayer les mentions inutiles)

certifie que M, employé(e) dans mon entreprise depuis le

- Ne perçoit pas mensuellement ou trimestriellement de supplément de salaire à caractère familial
- Ne perçoit plus de supplément familial de traitement depuis le :
- Perçoit mensuellement ou trimestriellement un supplément familial de traitement s'élevant àeuros(*) depuis le

Pour les enfants (nom, prénom, date de naissance) :

-
-
-
-

Fait à le, **Signature :**

Cachet de l'entreprise

() Les avantages perçus semestriellement ou annuellement (exemple : indemnités de vacances, primes de fin d'année, prime de scolarité, etc...) ne doivent pas figurer sur cette attestation.***ATTESTATION N° 1 BIS***Partie à remplir par le parent **non salarié(e) ou sans activité*****NOM, Prénom :****Profession :****Certifie ne pas percevoir de supplément familial de traitement ou un avantage de même nature pour l'enfant ou les enfants suivants (s) :** (nom, prénom, dates de naissance) :

-
-
-
-

Fait à le, **Signature :****ATTESTATION N° 2****CHOIX DU BÉNÉFICIAIRE DU SUPPLÉMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT (S.F.T.)
DANS UN COUPLE DE FONCTIONNAIRES OU D'AGENTS PUBLICS****PARENT 1**

et

PARENT 2**NOM :** **NOM :****Prénom :** **Prénom :**

N° SS N° SS

Employeur Employeur

Grade Grade

Indice Indice

Désignent d'un commun accord : **Madame / Monsieur** ⁽¹⁾*(1) Rayer la mention inutile et inscrivez le nom du parent désigné***Comme bénéficiaire du S.F.T.**au titre des enfants à charge ci-dessous désignés : *(nom, prénom, date de naissance)*

-
-
-
-

**Cette option ne pourra être remise en cause qu'au terme d'un délai d'un an
sauf changement de situation familiale (divorce, séparation,...)**

Lu et approuvé

Fait à, le

Signatures des deux parents :