



**ACADÉMIE
DE RENNES**

Liberté
Égalité
Fraternité

DEMANDE D'ATTRIBUTION DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT (SFT)

*Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, notamment son article 20
Loi n° 2019-828 du 6 août 2019 modifiée de transformation de la fonction publique, notamment son article 41
Décret n° 85-1148 du 24 octobre 1985 modifié relatif à la rémunération des personnels civils et militaires de l'État, des
personnels des collectivités territoriales et des établissements publics d'hospitalisation (notamment ses articles 10 à 12)*

Document à retourner au gestionnaire RH

1^{ère} demande ☐ Révision de demande ☐

COORDONNEES DE L'AGENT

NOM d'usage : Prénom :
 NOM de famille :
 Etablissement d'affectation (Nom et ville) :
 Adresse personnelle :
 Code postal : Ville : Tél :

SITUATION PERSONNELLE

Je suis : ☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ pacsé(e) ☐ en union libre ☐ divorcé(e) ☐ veuf(ve) ☐ séparé(e)

☐ J'ai un conjoint(e) OU partenaire de PACS OU concubin(e) (renseigner l'annexe 1)

☐ J'ai un ex-conjoint(e) OU ex-partenaire de PACS OU ex-concubin(e) et qui est le parent de mon/mes enfant(s) (renseigner les annexes 1 et 2)

☐ Je n'ai pas de conjoint(e) OU partenaire de PACS OU concubin(e)

ENFANTS A CHARGE (de moins de 20 ans)

NOM – Prénom	Date de naissance	Enfant de l'agent		Enfant du conjoint	Situation de l'enfant (scolarisé, apprenti, étudiant...)	L'enfant est-il à votre charge ? (oui / non / alternée)	Perçoit-il une aide au logement ?	
		né de l'union actuelle	né d'une union précédente				OUI Indiquez la date de mise en paiement	NON

DECLARATION COMMUNE DE CHOIX DU OU DES BENEFICIAIRES

Les personnes assumant la charge des enfants ci-dessus :

☐ désignent d'un commun accord (indiquer nom et prénom du bénéficiaire) :

..... en qualité de seul bénéficiaire du SFT

☐ OU sollicitent le partage du SFT (option ouverte aux gardes alternées à 50% exclusivement)

et reconnaissent être informées du **délai d'un an** pendant lequel cette option ne peut être remise en cause (sauf dans le cas d'un changement de situation familiale : séparation, abandon, divorce ou décès, à signaler sans délai).

Fait à Le

NOMS Prénoms et signatures des deux responsables des enfants

DECLARATION SUR L'HONNEUR

La loi rend passible d'amende quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce document sont exacts.

Je m'engage à signaler tout changement de situation modifiant cette déclaration.

Fait à Le

Signature

Pièces justificatives à joindre au présent formulaire de demande :

- **Copie intégrale du livret de famille** ou copie de l'acte de naissance de(s) enfant(s)
- **Attestation CAF** des enfants à charge (à partir de 2 enfants)
- **Certificat de scolarité** pour les enfants de plus de 16 ans ou **contrat d'apprentissage**, de formation professionnelle, de qualification et copie du dernier bulletin de paie de l'apprenti(e)
- **Copie intégrale** du jugement de divorce, de séparation de corps ou d'ordonnance de non-conciliation précisant à quel conjoint est confiée la garde de(s) enfant(s), ainsi que toutes conventions auxquelles se réfèrent ces documents
- **Si un ou plusieurs enfants sont nés d'une précédente union de l'agent**, une attestation de non-paiement établie par l'employeur de l'ex-conjoint(e)
- **si garde alternée, sans jugement** : joindre une attestation sur l'honneur, cosignée des deux parties, précisant lequel perçoit le SFT d'un commun accord, ou bien si les deux le perçoivent (SFT partagé)

ANNEXE 1 – ATTESTATION EMPLOYEUR

(EX-)CONJOINT(E) OU (EX-)PARTENAIRE DE PACS OU (EX-)CONCUBIN(E)

NB : si vous avez un ex-conjoint parent de vos enfants ET un nouveau conjoint, la situation des deux personnes doit être renseignée ; soit deux attestations à fournir

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU/DE LA CONJOINT(E) OU EX-CONJOINT(E)

(si celui-ci est agent public ou assimilé)

☐ Administration d'État, Territoriale ou hospitalière ☐ Organisme public ou financé sur fonds publics

☐ Autre, précisez :

Je soussigné(e)(NOM, qualité):

Certifie que, Monsieur, Madame employé(e) dans mes services depuis le

☐ perçoit le supplément familial de traitement (indice majoré :) depuis le

☐ perçoit un sursalaire "à caractère familial" mensuel de : €

☐ ne perçoit pas de supplément familial de traitement ou de sursalaire "à caractère familial"

☐ n'a pas un statut lui permettant de percevoir le supplément familial de traitement

☐ a cessé de percevoir cet avantage depuis le

Fait à Le

Signature et cachet de l'employeur :

OU

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

(si le conjoint(e) ou ex-conjoint(e) exerce dans le secteur privé OU en indépendant OU est sans emploi)

Je soussigné(e) (NOM du demandeur du SFT):

Atteste sur l'honneur que mon conjoint ou ex-conjoint ou partenaire de PACS :

NOM, Prénom :

☐ exerce dans l'entreprise suivante :

☐ exerce en indépendant, profession libérale, micro-entrepreneur, artisan, intermittent, autre :

☐ est sans emploi : chômage ou retraite ou parent au foyer ou en congé parental ou autre : depuis le
ET

☐ n'a jamais perçu le SFT ou de sursalaire "à caractère familial"

☐ ne perçoit plus de supplément familial de traitement ou de sursalaire "à caractère familial" depuis le

Fait à Le

Signature :

NB : en dehors de ces situations, vous êtes invité à vous rapprocher de votre service gestionnaire

ANNEXE 2 - CESSION DU SFT À L'EX-CONJOINT(E) OU EX-PARTENAIRE DE PACS OU EX-CONCUBIN(E)

IDENTIFICATION DE L'AGENT PUBLIC QUI CEDE LA PERCEPTION DU SFT « DE SON PROPRE CHEF »

Je soussigné(e) :

NOM d'usage :

Prénom :

NOM de famille :

Etablissement d'affectation (Nom et ville) :

Adresse personnelle :

Code postal : Ville : Tél :

Demande que le supplément familial de traitement soit versé à mon ex-conjoint(e) ou ex-concubin(e) ou ex-partenaire de PACS concernant le ou les enfants suivants :

NOM – Prénom	Date de naissance

Fait à Le

Signature du demandeur du SFT :

IDENTIFICATION DE L'EX-CONJOINT(E) OU EX-CONCUBIN(E) OU EX-PARTENAIRE DE PACS AYANT LA CHARGE DES ENFANTS

NOM d'usage :

Prénom :

NOM de famille :

N° de sécurité sociale :

Adresse personnelle :

Code postal : Ville : Tél :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

Pièces justificatives de l'ex-conjoint OU ex-partenaire de PACS ou ex-concubin(e) à joindre au présent formulaire :

- Un relevé d'identité bancaire
- Une copie du bulletin de paye de moins de 6 mois
- Un justificatif de domicile récent