

**DEMANDE D'ATTRIBUTION DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT**

Formulaire à retourner, accompagné des PJ à

**RECTORAT de GRENOBLE - SAG AESH**  
**7, place Bir Hakeim - CS 81065 - 38021 GRENOBLE Cédex1**

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)

① **Renseignements concernant le bénéficiaire**

NOM : ..... PRENOM : ..... N° INSEE : .....  
CORPS -GRADE : ..... DISCIPLINE, LE CAS ECHEANT : .....  
DOMICILE : ..... AFFECTATION : .....

- Marié(e) ..... depuis le .....  
-> joindre la copie de l'acte de mariage ou du livret de famille  
 Pacsé(e) ..... depuis le .....  
-> joindre la copie du contrat de PACS  
 Concubinage ..... depuis le .....

-> Dans ces trois cas, remplir les parties ② et ③

- Célibataire ..... depuis le .....  
 Séparé(e) de fait\* ..... depuis le .....  
 Séparé(e) légalement\* ..... depuis le .....  
-> joindre la copie de la convention (garde des enfants)  
 Divorcé(e)\* ..... depuis le .....  
-> joindre la copie du jugement (garde des enfants)  
 Veuf / Veuve ..... depuis le .....

-> Dans ces cinq cas, remplir la partie ③

*\*En cas de divorce ou séparation, joindre une attestation sur l'honneur de non perception du SFT de la part de votre ex-conjoint.  
En cas de recomposition familiale, joindre une attestation sur l'honneur de non perception du SFT de la part de votre conjoint.  
En cas de recompositions familiales multiples, merci de fournir un document par fratrie. (Annexe 1)*

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

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, sachant que toute déclaration inexacte, incomplète ou tardive de ma part m'exposerait au remboursement des sommes indûment perçues.

Fait à ..... , le ..... Signature :

② **Renseignements concernant le (la) conjoint(e), pacsé(e), concubin(e)**

-> NB : pour la suite et afin de faciliter la lecture, cette personne sera dénommée CONJOINT ou ex épouse/oux

NOM : ..... PRENOM : ..... N° INSEE : .....  
SITUATION PROFESSIONNELLE : (cocher la case correspondante)

- Secteur privé / sans emploi  
 Secteur public, dont organismes financés à plus de 50% par l'état => Compléter les 2 attestations ci-dessous

**Attestation de non perception du SFT**

**A FAIRE REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR DE VOTRE CONJOINT :**

Identification de l'employeur

NOM : ..... Adresse : .....  
Certifie que M/Mme ....., employé(e) chez nous depuis .....(préciser l'année)

- Perçoit le supplément familial de traitement  
 N'a jamais perçu le supplément familial de traitement  
 A cessé de percevoir le supplément familial de traitement depuis le : .....  
 Cessera de percevoir le supplément familial de traitement à compter du : .....

Fait à ..... , le ..... Signature de l'employeur :

**Choix de l'allocataire**

Je soussigné(e) ..... ainsi que mon conjoint ..... déclarons avoir fait le choix que je serai le bénéficiaire du supplément familial de traitement et reconnaissons être informés du délai d'un an pendant lequel cette option ne peut être remise en cause (sauf en cas de changement de situation familiale ou professionnelle).

Fait à ..... , le ..... Vos deux signatures précédées  
de la mention « Lu et approuvé » :

### ③ Renseignements concernant les enfants à charge :

NOM : ..... PRENOM : ..... NE(E) LE : .....

-> joindre un acte de naissance ou la copie du livret de famille

- Vous êtes le **père** ou la **mère** de l'enfant :  Oui  Non
- Votre conjoint est le **père** ou la **mère** de l'enfant :  Oui  Non
- Cet enfant est à **vos** charge effective ou permanente :  Oui  Non

-> joindre une attestation CAF

Si l'enfant est âgé de plus de 16 ans, merci de préciser sa situation :

- Cet enfant est scolarisé ou poursuit ses études :  Oui  Non -> joindre un certificat de scolarité
- Cet enfant est en apprentissage :  Oui  Non  
Durée du contrat : ..... Salaire mensuel versé \* : ..... -> joindre une copie du contrat d'apprentissage et un bulletin de salaire
- Cet enfant est en stage :  Oui  Non -> joindre une attestation de stage  
Perçoit-il une rémunération \* ?  Oui  Non -> joindre le dernier bulletin de salaire
- Cet enfant exerce une activité professionnelle \* :  Oui  Non -> joindre une copie du contrat de travail et un bulletin de salaire  
Si oui, depuis quelle date : .....
- L'enfant NOM / PRENOM : .....  perçoit  ne perçoit pas -> joindre le justificatif de la CAF  
d'aides au logement : APL (Aide Personnalisée au Logement) ou ALS (Allocation Logement à caractère Social)

NOM : ..... PRENOM : ..... NE(E) LE : .....

-> joindre un acte de naissance ou la copie du livret de famille

- Vous êtes le **père** ou la **mère** de l'enfant :  Oui  Non
- Votre conjoint est le **père** ou la **mère** de l'enfant :  Oui  Non
- Cet enfant est à **vos** charge effective ou permanente :  Oui  Non

-> joindre une attestation CAF

Si l'enfant est âgé de plus de 16 ans, merci de préciser sa situation :

- Cet enfant est scolarisé ou poursuit ses études :  Oui  Non -> joindre un certificat de scolarité
- Cet enfant est en apprentissage :  Oui  Non  
Durée du contrat : ..... Salaire mensuel versé \* : ..... -> joindre une copie du contrat d'apprentissage et un bulletin de salaire
- Cet enfant est en stage :  Oui  Non -> joindre une attestation de stage  
Perçoit-il une rémunération \* ?  Oui  Non -> joindre le dernier bulletin de salaire
- Cet enfant exerce une activité professionnelle \* :  Oui  Non -> joindre une copie du contrat de travail et un bulletin de salaire  
Si oui, depuis quelle date : .....
- L'enfant NOM / PRENOM : .....  perçoit  ne perçoit pas -> joindre le justificatif de la CAF  
d'aides au logement : APL (Aide Personnalisée au Logement) ou ALS (Allocation Logement à caractère Social)

NOM : ..... PRENOM : ..... NE(E) LE : .....

-> joindre un acte de naissance ou la copie du livret de famille

- Vous êtes le **père** ou la **mère** de l'enfant :  Oui  Non
- Votre conjoint est le **père** ou la **mère** de l'enfant :  Oui  Non
- Cet enfant est à **vos** charge effective ou permanente :  Oui  Non

-> joindre une attestation CAF

Si l'enfant est âgé de plus de 16 ans, merci de préciser sa situation :

- Cet enfant est scolarisé ou poursuit ses études :  Oui  Non -> joindre un certificat de scolarité
- Cet enfant est en apprentissage :  Oui  Non  
Durée du contrat : ..... Salaire mensuel versé \* : ..... -> joindre une copie du contrat d'apprentissage et un bulletin de salaire
- Cet enfant est en stage :  Oui  Non -> joindre une attestation de stage  
Perçoit-il une rémunération \* ?  Oui  Non -> joindre le dernier bulletin de salaire
- Cet enfant exerce une activité professionnelle \* :  Oui  Non -> joindre une copie du contrat de travail et un bulletin de salaire  
Si oui, depuis quelle date : .....
- L'enfant NOM / PRENOM : .....  perçoit  ne perçoit pas -> joindre le justificatif de la CAF  
d'aides au logement : APL (Aide Personnalisée au Logement) ou ALS (Allocation Logement à caractère Social)

\* la rémunération doit être inférieure à 55% du SMIC brut

Je soussigné(e), ....., certifie sur l'honneur que les renseignements portés dans cette déclaration sont exacts. Je m'engage à signaler tous les changements modifiant la situation attestée ci-dessus et notamment toute activité rémunérée à laquelle ces enfants pourraient accéder.

Fait à ....., le .....

Signature :

④

### ④ Choix de l'allocataire

Je soussigné(e) ..... déclare avoir fait le choix que je serai le **seul** bénéficiaire du supplément familial de traitement et reconnais être informé du délai d'un an pendant lequel cette option ne peut être remise en cause (sauf en cas de changement de situation familiale ou professionnelle).

Fait à ....., le .....

Signature :