ACADÉMIE
DE GRENOBLE
Liberté
Égalité
Fraternité

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
Prise en charge financière des indemnités de REMUNERATION

Cette fiche est destinée :
☞ aux personnels dont le traitement principal n'est pas géré par le rectorat ET
☞ aux personnels dont les dossiers financiers sont inactifs depuis plusieurs années

La prise en charge de vos indemnités génère un bulletin de paie qui vous sera adressé à la suite du virement. La création de votre dossier financier impose d'attester auprès du contrôleur financier l'exactitude des informations saisies.
☞ Tout dossier incomplet ou non justifié ne pourra être pris en charge.

Examen concerné

☐ Bac général ☐ Bac technologique ☐ Bac professionnel
☐ Concours 1er degré ☐ Concours 2nd degré ☐ Concours administratifs/encadrement
☐ BTS-spécialité : ☐ Diplômes comptables ☐ CAP ☐ MC ☐ DEES
☐ DNB ☐ Brevet professionnel ☐ Autres : ……

Lieu où s'est déroulée la mission (Etab. scolaire + ville) : ……...

……

Etat civil :

☐ **M.** ☐ **Mme NOM :** …… **Prénom :** ……

Nom de naissance *(obligatoire pour les femmes mariées)* : ……

Date de naissance :…..……..……..**Lieu de naissance** :……..

N° sécurité sociale : …./…...../…..... /……../…..…../……../ Clé : …..

Adresse personnelle :…..……..……..……

……..……..

Tél. : …… **Mél :** ……@…….....

☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubin(e)
☐ Célibataire ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf / Veuve

Type d'intervenant *Cochez la case correspondante à votre situation. Votre réponse impacte directement vos cotisations salariales.*
☐ Fonctionnaire
☐ Non fonctionnaire au-dessus du plafond de la Sécurité Sociale (revenu brut mensuel >4 005 €)
☐Non fonctionnaire sous le plafond de la Sécurité Sociale (revenu brut mensuel < ou égal à 4 005 €) ou retraité de moins de 65 ans ou étudiant
☐ Non salarié (artisan, profession libérale)
☐ Retraité de 65 ans et plus

Pièces obligatoires à joindre pour tous les intervenants :

☞ ***Relevé d'identité bancaire ou postal*** (mentionnant votre nom – un RIB professionnel n'est pas accepté)
☞ ***Copie lisible de la carte vitale ou copie attestation n° Sécurité Sociale***

J'atteste l'exactitude des renseignements portés.

Fait à : …… le : …….. Signature :