

**DEMANDE D'ATTRIBUTION DU
SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT (S.F.T.)**

(Décret n°85-1148 du 24 octobre 1985 modifié)

A – AGENT SOLLICITANT LE S.F.T.

Madame Monsieur, (rayer la mention inutile)

NOM : Nom de jeune fille (éventuellement) :

Prénom :

N° INSEE : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Situation familiale actuelle :

- Célibataire Marié(e) Vie maritale Pacsé(e)
 Veuf(ve) Séparé(e) Divorcé(e)

préciser depuis quelle date:

Grade :

Date d'arrivée dans l'Académie de Dijon :

Dénomination et adresse complète du lieu d'exercice :

.....
.....
.....

Perçoit actuellement le supplément familial de traitement : OUI NON

Si OUI, depuis le :

B – CONJOINT (OU CONCUBIN) ACTUEL

Madame Monsieur, (rayer la mention inutile)

NOM : Nom de jeune fille (éventuellement) :

Prénom :

N° INSEE : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Situation professionnelle :

Depuis le :

Si activité professionnelle, nom et adresse de l'employeur, ou du lieu d'exercice :

.....
.....
.....

si fonctionnaire ou agent public :

Grade :

Administration d'emploi :

Perçoit actuellement le supplément familial de traitement ou un sursalaire à caractère familial OUI NON

Si oui auprès de quel organisme :

TOURNEZ S'IL VOUS PLAÎT 

C – ENFANTS A CHARGE ET VIVANT DANS LE FOYER AGES DE - 20 ANS

NOM	Prénom	Date de naissance	à charge (oui / non)		Situation à préciser : élève, étudiant, apprenti, salarié...
			Fiscale	P.F.	

Rappel : les enfants à charge étudiants ne doivent pas percevoir l'allocation personnalisée au logement (A.P.L.) ou l'allocation logement social (A.L.S.).

Dans ce cas fournir obligatoirement une attestation sur l'honneur de non perception de ces prestations citées ci-dessous.

1 - Choix d'allocataire (pour les couples de fonctionnaires ou assimilés)

Vous êtes mariés ou vous vivez maritalement, et **vous êtes tous les deux fonctionnaires ou agents publics**, vous devez désigner d'un commun accord le bénéficiaire du supplément familial de traitement. Cette option ne peut être remise en cause qu'au terme d'un délai d'un an. (titre IV, article 10 du décret 85-1148 du 24 octobre 1985 modifié par le décret 99-491 du 10 juin 1999). Attention, le SFT varie selon l'indice à partir de l'indice majoré 450.

En application du texte susvisé, nous désignons d'un commun accord :

(Nom, Prénom) _____ Employeur _____

en qualité de bénéficiaire du supplément familial de traitement.

Fait à _____, le _____
Signature du demandeur : _____ Signature du conjoint ou concubin :

2 - Votre conjoint (ou concubin) exerce une activité professionnelle salariée dans le secteur privé

Vous devez faire compléter cette demande par son employeur.

Je soussigné (e) : _____

Agissant en qualité de : _____

employeur de :(Nom, Prénom) _____

depuis le : _____

déclare ne lui verser aucun supplément familial de traitement ou sursalaire à caractère familial.

déclare lui verser un supplément familial de traitement ou sursalaire à caractère familial d'un montant mensuel, annuel de : _____

Fait à _____, le _____

Cachet de l'Entreprise et Signature:

