

## Déclaration commune de choix de l'allocataire

**Madame, Monsieur (1) ..... est désigné(e) pour ouvrir le droit au Supplément Familial de Traitement.**

<b>SITUATION FAMILIALE</b>	
<b><u>AGENT</u></b>	<b><u>CONJOINT (ou ex conjoint)</u></b>
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Date de naissance : .....	Date de naissance : .....
N° de sécurité sociale : .....	N° de sécurité sociale : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
Code postal : .....	Code postal : .....
Ville : .....	Ville : .....

Célibataire  
 Marié(e)  
 Veuf(ve)  
 Séparé(e)  
 Divorcé(e)  
 En concubinage  
 Lié(e) par un PACS  
 Depuis le : .....

<b>SITUATION PROFESSIONNELLE</b>	
<b><u>AGENT</u></b>	<b><u>CONJOINT (ou ex conjoint)</u></b>
Grade : .....	Profession ou grade + discipline si fonctionnaire : .....
Discipline : .....	Nom et adresse de l'employeur : .....
Service payeur académique:	.....
<input type="checkbox"/> Rectorat	.....
<input type="checkbox"/> DSDEN (préciser le département) : .....	.....

### DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur la présente demande, ainsi que les documents joints, sont exacts et sincères.

**Je m'engage à signaler tous les changements modifiant la présente déclaration.**

Fait à ....., le .....

**Signature obligatoire de l'agent**

**Signature obligatoire du conjoint (ou ex conjoint)**