

## Déclaration commune de choix de l'allocataire

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

SITUATION FAMILIALE	
<u>AGENT</u>	<u>CONJOINT (ou ex conjoint)</u>
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 : .....

SITUATION PROFESSIONNELLE	
<u>AGENT</u>	<u>CONJOINT (ou ex conjoint)</u>
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)**