



**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

**NOM :** .....**Prénom :** .....

Je déclare sur l'honneur n'avoir jamais occupé de poste dans la Fonction Publique (Territoriale, Hospitalière et de l'Etat)

Je déclare avoir exercé dans le secteur privé (joindre une copie de votre dernier bulletin de salaire)

Je déclare avoir occupé un poste dans la Fonction Publique (Joindre **OBLIGATOIREMENT** votre dernier bulletin de salaire) durant les 3 dernières années (depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2012)

- Soit au Ministère de l'Education Nationale, y compris dans un établissement d'enseignement privé

<b>Dernière période (si moins de 3 ans)</b>	<b>Fonction et grade</b>	<b>Académie/Etablissement (préciser le dernier service payeur)</b>

Merci d'indiquer votre NUMEN : .....

- Soit dans un autre ministère, une collectivité territoriale ou locale (exemple : mairie)

<b>Dernière période (si moins de 3 ans)</b>	<b>Fonction, grade ou emploi occupé</b>	<b>Nom de l'établissement (préciser les coordonnées du dernier service payeur)</b>

Date .....  
Signature

**DOCUMENT A COMPLETER EN JOIGNANT VOTRE RIB  
AU FORMAT BIC/IBAN**

**NOM D'USAGE:** .....

**Prénom :** .....

**NOM DE FAMILLE :** .....

*Le nom d'usage ou de famille doit être obligatoirement le même que sur le RIB*

**N° INSEE (n° de la sécurité sociale) :** .....

*Mention obligatoire. L'absence entraîne rejet, en raison des erreurs constatées sur des dossiers (homonymes).*

**GRADE + DISCIPLINE pour un (e) enseignant (e) :** .....

**ADRESSE :** .....

**Emplacement de vos coordonnées bancaires àagrafer ci-dessous  
au même modèle que le spécimen:**

**Les RIB de compte épargne ne sont pas valables  
Les RIB doivent être récents (moins de 3 mois)**

**AXA**  
BANQUE

**Relevé d'Identité Bancaire**

**SPECIMEN**

Banque : 12548 → **RIB**  
Guichet : 02998  
N° de compte : 00000001500  
Clé RIB : 86  
Nom du titulaire : Mme Catherine SPECIMEN  
Domiciliation : AXA Banque  
N° IBAN (international) : FR76 1254 8029 9800 0000 0150 086 → **IBAN**  
Bank Identification Code : AXABFRPP → **BIC**

**Signature**

Ces informations sont essentielles pour la prise en charge de votre traitement.