

**ATTESTATION DE REVERSEMENT DU SFT A L'EX-CONJOINT(E)  
APRES SEPARATION OU DIVORCE**

**L'attestation doit obligatoirement être remplie par les deux ex-conjoints.**

Je soussigné(e).....demande que le supplément familial de  
traitement soit versé à mon ex-conjoint(e) :

Nom : .....

Prénom : .....

Grade : .....Discipline : .....

Employeur :  RECTORAT

DSDEN (indiquer le département) .....

Concernant les enfants :

NOM Prénom : .....

NOM Prénom : .....

NOM Prénom : .....

NOM Prénom : .....

Fait à .....le

Fait à .....le

Signature de l'allocataire

Signature de l'ex conjoint

