



## SITUATION DES ENFANTS AGES DE PLUS DE 16 ANS

### ① Attributaire du supplément familial de traitement.

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

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

Etablissement d'affectation : ..... Ville : .....

### ② Renseignement relatif à l'enfant à charge :

NOM : ..... PRENOM : .....

Né(e) le : .....

### ③ Situation de l'enfant à charge : (cocher la case correspondant à la situation)

Placé en apprentissage → Joindre la photocopie du contrat d'apprentissage.

En stage de formation professionnelle → Joindre une attestation de l'organisme responsable du stage de formation professionnelle.

Poursuivant ses études (**Rappel : cet enfant ne doit pas bénéficier d'aide au logement (APL ou ALS)**) → Joindre un certificat de scolarité.

*Une activité professionnelle réduite n'est pas incompatible avec le maintien du SFT dès lors que la rémunération mensuelle n'excède pas 55% du*

*SMIC mais vous devez fournir les bulletins de salaire de votre enfant ou avis de paiement Assedic, selon le cas.*

Je soussigné(e), Nom ..... Prénom .....  
atteste sur l'honneur que mon enfant :

Nom ..... Prénom .....

né(e) le ..... à .....  
dont j'assure la charge de manière permanente n'exerce aucune activité professionnelle.

A ..... , le .....  
Signature :

Infirme, handicapé ou atteint d'une maladie chronique → Joindre impérativement une attestation indiquant que cet

enfant ouvre droit à l'allocation d'éducation spéciale et un certificat médical attestant l'état de santé de votre enfant.

Enfant n'entrant pas dans l'une des catégories énumérées, ci-dessus, et âgé de moins de 20 ans.

*Une activité professionnelle réduite n'est pas incompatible avec le maintien du SFT dès lors que la rémunération mensuelle n'excède pas 55% du*

*SMIC mais vous devez fournir les bulletins de salaire de votre enfant ou avis de paiement Assedic, selon le cas.*

Je soussigné(e), Nom ..... Prénom .....  
atteste sur l'honneur que mon enfant : Nom ..... Prénom .....

né(e) le ..... à .....

dont j'assure la charge de manière permanente n'exerce aucune activité professionnelle.

A ..... , le .....  
Signature :

Enfant vivant en concubinage ou marié ou ayant conclu un pacte civil de solidarité.

Cet enfant n'est plus considéré comme étant à votre charge au sens du Code de la sécurité sociale → Joindre copie de l'acte de mariage ou du contrat de PACS ou du certificat de vie commune ou de concubinage.

### ④ **DECLARATION SUR L'HONNEUR** A compléter obligatoirement

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce document sont exacts. Je m'engage à faire connaître immédiatement, par écrit, au service DP 3, tout changement dans la situation de mon enfant décrite ci-dessus. La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L.554-1 du code de la Sécurité sociale - Article 441-1 du code Pénal).

A ..... , le ..... **Signature :**

# ATTESTATION A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT

## Identification de l'agent

NOM :

PRENOM :

N° INSEE :

GRADE :

ETABLISSEMENT :

## A remplir par l'employeur du conjoint

Je soussigné, (Nom, Prénom, qualité)

Certifie que Monsieur Madame (1)

Employé (e) en qualité de

(2)  **perçoit** de notre part un supplément familial de traitement depuis le :

**Concernant le ou les enfants à charge suivant(s) :**

NOM et PRENOM	Date de naissance

(2)  **ne perçoit pas** de notre part un supplément familial de traitement

Le présent formulaire est destiné au :

Cachet de l'autorité  
délivrant l'attestation

Fait à

le

Signature

- (1) Rayé la mention inutile  
(2) Cocher la case intéressée

Si le conjoint est rémunéré par une administration, veuillez préciser :

- son grade .....
- sa discipline .....
- son lieu d'exercice.....

## MENTIONS LEGALES CNIL A compléter

..... (Veuillez indiquer l'identité du responsable du traitement – rectorat / DASEN)

« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à ... (Veuillez préciser la finalité). Les destinataires des données sont :..... (Précisez – rectorat / DASEN).

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à ..... (Veuillez préciser le service et l'adresse – rectorat / DASEN).

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.