

**EXPEDITEUR**

**DESTINATAIRE**

**Nom et Adresse de l'Etablissement**

**DEPA**

- Bureau de l'encadrement
- Bureau des personnels ASS
- Bureau des personnels ITRF
- Bureau des ANT, AED

**DPE**

- Bureau  1  
 2  
 3  
 4  
 5

N° RNE:                               N° BFE:

**FICHE DE RENSEIGNEMENT  
SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT  
ANNEE SCOLAIRE 2024-2025**  
**Dossier à compléter si vous avez un ou plusieurs enfants à charge au sens des prestations familiales.  
Tout dossier incomplet ne pourra être traité.**

**RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT**

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Nom de Famille:** \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_

Téléphone personnel (facultatif) : \_\_\_\_\_

Votre n°I.N.S.E.E. : \_\_\_\_\_

Situation familiale : depuis le \_\_\_\_\_

Célibataire  Marié(e)  Veuf(ve)  Séparé(e)  Divorcé(e)  En concubinage  Contrat vie Commune (PACS)

En cas de séparation, précisez la résidence des enfants : \_\_\_\_\_

**GRADE OU FONCTIONS (à renseigner obligatoirement) :** \_\_\_\_\_

Titulaire  Stagiaire  Non titulaire

Lieu d'exercice : \_\_\_\_\_ Poste téléphonique : \_\_\_\_\_

Grade et lieu d'exercice au titre de l'année scolaire précédente : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CONJOINT(E) OU VOTRE CONCUBIN(E)**

**NOM : Nom de Famille :** \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_ N° I.N.S.E.E. : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_

DATE D'ENTREE DANS L'ENTREPRISE : \_\_\_\_\_  Secteur Privé  
 Secteur Public  
 Secteur Para public

**Votre conjoint(e) ou concubin(e) perçoit-il (elle) le Supplément Familial de Traitement (SFT) ?**

OUI                      NON                      (barrer la mention inutile)

Si oui, préciser le Nom et l'adresse de l'organisme débiteur :

Si non, veuillez fournir une attestation de non-versement par l'employeur public de votre conjoint(e) ou concubin(e) précisant la date d'entrée dans l'entreprise et l'adresse de l'agent