



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



académie  
Aix-Marseille

direction des services  
départementaux  
de l'éducation nationale  
Vaucluse  
éducation  
nationale

Pôle 1<sup>er</sup> degré  
Moyens  
Ressources Humaines

Bureau de la paye

Dossier suivi par  
Sylvie LE GOUADEC  
Magali BOREL  
Téléphone  
04 90 27.76.25 / 21  
Fax  
04 90 27.76.75  
Mél.  
ce.p1d-coordination-paie  
@ac-aix-marseille.fr

49 rue Thiers  
84077 Avignon

Horaires d'ouverture :  
8h30 – 12h  
13h30 – 16h30

Accès personnes à  
mobilité réduite :  
26 rue Notre Dame  
des 7 douleurs

Avignon, le 19 septembre 2017

Le directeur académique  
des services de l'éducation nationale

à

Mesdames et Messieurs  
les directeurs de SEGPA de collège

Mesdames et Messieurs les directeurs  
d'établissement spécialisé

Mesdames et Messieurs les directeurs  
d'école maternelle et élémentaire

Mesdames et Messieurs  
les enseignants du premier degré

S/C de Mesdames et Messieurs  
les Inspecteurs de l'éducation nationale,  
chargés de circonscription

**Objet** : Supplément familial de traitement (S.F.T.)

J'attire votre attention sur les dispositions concernant l'attribution du supplément familial de traitement et sur les modalités de transmission des imprimés nécessaires à l'étude de vos droits.

**La demande de supplément familial de traitement (annexe 8) est à compléter :**

- par les personnels nouvellement affectés dans le département
- à l'occasion de la naissance d'un premier enfant
- en cas de changement de situation familiale

**L'attestation concernant le supplément familial de traitement (annexe 9) :** ce document est à compléter, dater et signer **tous les ans par l'attributaire**.

- les personnes vivant seules, c'est à dire sans conjoint ni concubin, ne remplissent pas le cadre 6 mais complètent et signent le cadre 7 ; **toutefois, en cas de divorce ou de séparation et si un ou plusieurs enfants sont issus de cette précédente union, le cadre 5 doit également être renseigné.** Le supplément familial de traitement et les prestations familiales répondant aux mêmes exigences (charge effective et permanente de l'enfant), l'attestation de versement des prestations familiales délivrée par la CAF est admise comme justificatif de non perception du SFT par l'ex-conjoint.



2/2

- les personnes mariées ou vivant maritalement ou pacsées doivent fournir une attestation de l'employeur (cadre 6). Si le conjoint est enseignant dans le Vaucluse, il suffit de préciser son grade et son lieu d'exercice, sans avoir à compléter le cadre 5.

Dans tous les cas, l'attestation sur l'honneur (cadre 7) doit être datée et signée après y avoir inscrit la mention « Lu et signé en toute connaissance de cause ».

**La situation des enfants âgés de plus de 16 ans (annexe 10) :** ce document doit me parvenir, accompagné du certificat de scolarité avant le premier jour du mois anniversaire de l'enfant. Il est recommandé de l'adresser le plus tôt possible, c'est à dire dès le début de l'année scolaire.

Si votre enfant de moins de 20 ans bénéficie de l'APL ou de l'ALS, il vous appartient de m'en informer, cette prestation n'étant pas cumulable avec le SFT.

Les imprimés, qui doivent me parvenir **avant le lundi 16 octobre 2017** sont disponibles sur le site de la direction académique de Vaucluse [www.ia84.ac-aix-marseille.fr](http://www.ia84.ac-aix-marseille.fr).

**Si je ne suis pas en possession des documents nécessaires à l'étude de vos droits, je serai dans l'obligation de procéder à la suspension immédiate du versement de cet avantage.**

Mes services se tiennent à votre disposition pour toute information ou précision pour l'établissement des documents.

Pour le Directeur Académique  
et par délégation,  
La Secrétaire Générale



Carole MORELLE

- P.J. : Annexe 8 – Demande de supplément familial de traitement (recto verso)  
Annexe 9 – Attestation concernant le supplément familial de traitement (recto verso)  
Annexe 10 – Situation des enfants de plus de 16 ans

**DEMANDE DE SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT**

(Décret n°85-1148 du 24 octobre 1985 modifié)

*Document à compléter et renvoyer au gestionnaire de rémunération principale  
(Inspection Académique pour les enseignants du 1<sup>er</sup> degré - Rectorat pour les personnels IATOSS et enseignants du second degré).*

**Renseignements relatifs à la famille****■ Monsieur**

NOM : ..... Prénom : .....

**- Si vous êtes fonctionnaire ou assimilé, préciser :**Grade : ..... Discipline (pour les enseignants du 2<sup>nd</sup> degré) : .....Si vous êtes dans l'Education Nationale, préciser l'établissement d'affectation : N° / 0 / / / / / / / <sup>1</sup>

Dénomination ..... Ville : .....

**- Si vous n'êtes pas fonctionnaire ou assimilé, préciser :**

Profession : ..... exercée depuis le .....

Employeur et adresse de l'employeur : .....

N'exerce pas d'activité depuis le .....

**■ Madame**

NOM (de jeune fille) : ..... NOM D'USAGE ..... Prénom : .....

**- Si vous êtes fonctionnaire ou assimilée, préciser :**Grade : ..... Discipline (pour les enseignants du 2<sup>nd</sup> degré) : .....Si vous êtes dans l'Education Nationale, préciser l'établissement d'affectation : N° / 0 / / / / / / / <sup>1</sup>

Dénomination ..... Ville : .....

**- Si vous n'êtes pas fonctionnaire ou assimilée, préciser :**

Profession : ..... exercée depuis le .....

Employeur et adresse de l'employeur : .....

N'exerce pas d'activité depuis le .....

**① Situation de famille. <sup>2</sup>** célibataire .....  marié(e) depuis le ..... séparé(e) depuis le .....  divorcé(e) depuis le ..... vie maritale ou couple ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité depuis le ..... veuf(ve) depuis le .....**② Adresse de la Famille (en cas de divorce avec garde alternée des enfants, indiquer l'adresse du père et de la mère) :**.....  
.....  
.....<sup>1</sup> ces références figurent sur le bulletin de paie en haut à gauche. <sup>2</sup> cocher la case correspondant à la situation.

③ Enfants à charge âgés de moins de 20 ans et vivant à votre foyer :

Nom – Prénom	Date de naissance	Lien de parenté (fils, fille, neveu, nièce ...)	Situation (Préciser si : élève, apprenti, étudiant ...)
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

*Rappel : les enfants à charge ne doivent pas percevoir l'allocation personnalisée au logement (APL) ou l'allocation logement sociale (ALS).*

④ Enfants qui ne sont pas à votre charge âgés de moins de 20 ans :

Etes vous le parent d'autres enfants qui ne sont pas à votre charge<sup>2</sup>  oui  non Si oui, précisez les ci-dessous.

Nom – Prénom	Date de naissance	Lien de parenté (fils, fille, neveu, nièce ...)	Situation (Préciser si : élève, apprenti, étudiant ...)
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**Détermination de l'attributaire**

*(à compléter par les personnes mariées, vivant en couple/ayant conclu un PACS ou divorcées si garde alternée des enfants; l'option ne peut être remise en cause qu'au bout d'un an, sauf changement de situation)*

Le couple d'un commun accord désigne comme attributaire du SFT<sup>2</sup> :  Monsieur  Madame  
pour une durée de  6 mois (uniquement en cas de divorce avec garde alternée des enfants)

à compter du ..... **Signature de Monsieur**    **Signature de Madame**

**Déclaration sur l'honneur**

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 intéressé, tout changement modifiant cette déclaration. 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 .....

(Faire précéder la signature de la mention :  
« lu et signé en toute connaissance de cause »)

**Signature de l'attributaire**

"Le droit d'accès et de rectification des données vous concernant prévu par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés peut être exercé auprès du service qui a traité le présent document".

<sup>2</sup> cocher la case correspondant à la situation.

**ATTESTATION CONCERNANT LE SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT**

(à compléter et renvoyer, en début d'année scolaire par l'attributaire percevant ou demandant à bénéficier du supplément familial de traitement, au gestionnaire de rémunération principale : enseignants du 1<sup>er</sup> degré → Inspection Académique - Personnels IATOSS et enseignants du second degré → Rectorat).

① **Attributaire.**

NOM D'USAGE : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

Grade : ..... Discipline : ..... Etablissement d'affectation : N°  / 0 / / / / / / / 1  
dénomination ..... Ville : .....

② **A compléter pour une personne vivant seule** : Situation de famille <sup>2</sup>

Célibataire

Séparé(e)  Divorcé(e)  Veu(f)ve  Fin de vie maritale ou de contrat de pacte civil de solidarité depuis le .....

Je certifie vivre seul(e), sans conjoint(e) ni concubin(e).

③ **Personne mariée ou vivant maritalement ou ayant contracté un pacte civil de solidarité** : Situation professionnelle du conjoint <sup>3/2</sup>

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

N'exerce pas d'activité depuis le .....

Exerce la profession de ..... depuis le .....

Désignation de l'entreprise : .....

Fonctionnaire ou assimilée\* : grade ..... discipline : .....

lieu d'exercice .....

\* Toutefois, si votre conjoint <sup>3</sup> exerce dans un établissement du 1<sup>er</sup> ou du 2<sup>nd</sup> degré public ou privé ou dans un service académique de l'Académie d'Aix-Marseille, veuillez préciser son grade, sa discipline et son lieu d'exercice. Dans ce cas, il est inutile de faire compléter l'attestation ci-après (©).

④ **Enfants à charge et vivant à votre foyer âgés de moins de 20 ans** :

Nom – Prénom	Date de naissance	Lien de parenté (fils, fille, neveu, nièce ...)	Situation (Préciser si : élève, apprenti, étudiant ...)
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**Rappel** : les enfants à charge ne doivent pas percevoir l'allocation personnalisée au logement (APL) ou l'allocation logement sociale (ALS).

⑤ **Enfants qui ne sont pas à votre charge âgés de moins de 20 ans** :

Etes vous le parent d'autres enfants qui ne sont pas à votre charge <sup>2</sup>  oui  non Si oui, précisez les ci-dessous.

Nom – Prénom	Date de naissance	Lien de parenté (fils, fille, neveu, nièce ...)	Situation (Préciser si : élève, apprenti, étudiant ...)
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

<sup>1</sup> ces références figurent sur le bulletin de paie en haut à gauche. <sup>2</sup> cocher la case correspondant à la situation. Ed. 04 - 2008

<sup>3</sup> celui ou celle du couple qui n'a pas été désigné comme l'attributaire du SFT, que le couple soit marié, en vie commune ou ayant conclu un pacte civil de solidarité.

⑥ **ATTESTATION A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT <sup>3</sup>**

Je soussigné(e) (Nom et qualité du signataire) : .....  
 atteste que M(me) ..... employé(e) depuis le .....  
 en qualité de ..... dans (dénomination sociale de l'employeur) .....

- 1) Bénéficie du supplément familial de traitement alloué aux fonctionnaires de l'Etat en vertu des  
 en vertu des dispositions du décret n°51-619 du 14 mai 1951. <sup>2</sup>  oui  non
- 2) Perçoit un avantage familial, au titre d'un statut particulier, qui lui confère, de ce fait, une  
 rémunération supérieure à celle d'un employé de même catégorie n'ayant pas d'enfant à  
 charge <sup>2</sup>, appelé : .....  oui  non

Au titre des enfants, ci-dessous, désignés :

NOM – PRENOM	DATE DE NAISSANCE
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Ne bénéficie plus de supplément familial de traitement à compter du .....

CACHET DE L'EMPLOYEUR



Fait à ....., le .....  
 Signature

⑦ **A compléter dans tous les cas.**

**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

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 intéressé, tout changement modifiant cette déclaration. 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).

(Faire précéder la signature de la mention : **A ....., le .....**  
 « lu et signé en toute connaissance de cause ») **Signature de l'attributaire**

"Le droit d'accès et de rectification des données vous concernant prévu par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés peut être exercé auprès du service qui a traité le présent document".

<sup>2</sup> cocher la case correspondant à la situation.

<sup>3</sup> celui ou celle du couple qui n'a pas été désigné comme l'attributaire du SFT, que le couple soit marié, en vie commune ou ayant conclu un pacte civil de solidarité.

**SITUATION DES ENFANTS AGES DE PLUS DE 16 ANS**

(à compléter et renvoyer, en début d'année scolaire, par l'attributaire percevant ou demandant à bénéficier du supplément familial de traitement, au gestionnaire de rémunération principale : enseignants du 1<sup>er</sup> degré → DASEN - Personnels ATSS et enseignants du second degré → Rectorat).

① **Attributaire du supplément familial de traitement.**

NOM D'USAGE : ..... PRENOM : .....  
 ADRESSE : .....  
 Grade : ..... Discipline : ..... Etablissement d'affectation : N° 0 / / / / / /  
 Dénomination ..... Ville : .....

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

NOM : ..... PRENOM : ..... Né(e) le .....

③ **Situation de l'enfant à charge<sup>2</sup> :**

- 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'assume la charge de manière permanente n'exerce aucune activité professionnelle.  
 A ..... , le ..... Signature :

- Infirmes, handicapés ou atteints 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'assume 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 intéressé, 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).

(Faire précéder la signature de la mention : A ..... , le .....  
 « lu et signé en toute connaissance de cause ») Signature

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre dossier. Les destinataires des données sont votre service gestionnaire et/ou les services de la DRFiP.  
 Conformément à la loi « informatique et libertés » (Loi n°78-17 du 6 janvier 1978), vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au recteur de l'académie d'Aix-Marseille ou au directeur académique des services de l'éducation nationale du département dans lequel vous êtes affectés.  
 Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

<sup>1</sup> ces références figurent sur le bulletin de paie en haut à gauche. <sup>2</sup> cocher la case correspondant à la situation.