

ENQUETE SUPPLEMENT FAMILIAL DE
TRAITEMENT
ASSISTANTS D'EDUCATION

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT :

AGENT	
NOM : Prénom :	
N° INSEE : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

CONJOINT (E) – CONCUBINE (E)	
NOM : Prénom :	
N° INSEE : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Profession :	
Employeur :	

SITUATION FAMILIALE			
<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Concubinage	<input type="checkbox"/> PACS	<input type="checkbox"/> Célibataire
<input type="checkbox"/> Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Veuf (ve)	
Nombre d'enfants à charge :			

**DECLARATION EN VUE DU CHOIX DU BENEFICIAIRE
DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT**

(Loi n° 91-715 du 28/07/1991 – Art 4 – JO du 27/07/1991)
(DECRET n° 99-491 du 10/06/1999 – JO du 13/06/1999)

Engagement

Les personnes désignées précédemment déclarent que :

Madame

ou

Monsieur

Est désormais le bénéficiaire du supplément familial de traitement et reconnaissent être informés du délai d'un an pendant lequel cette option ne peut être remise en cause (sauf en cas de changement de situation familiale ou professionnelle).

Fait à : le :

Signature de Madame

(précédée de la mention

« Lu et approuvé »)

et

Signature de Monsieur

(précédée de la mention

« Lu et approuvé »)

**A FAIRE REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR
L'EMPLOYEUR DU CONJOINT**

Identification de l'employeur

NOM :

Adresse :

.....

certifie que :

Monsieur (Madame)

perçoit le supplément familial de traitement.

ne perçoit pas de supplément familial de traitement.

a cessé de percevoir le supplément familial de traitement depuis le :

cessera de percevoir le supplément familial de traitement à/c du :

(autre que les prestations familiales versées par la Caisse d'allocations familiales et les avantages tels que : indemnités vacances, primes de fin d'année, de scolarité.....).

Cachet de l'entreprise

Fait à : le

« Je m'engage à signaler tout changement susceptible de survenir dans ma situation familiale ou professionnelle ».

La signature doit être précédée de la mention « lu et approuvé ».

Fait à

Le :

Signature