

### 1. Identification de l'agent demandeur

Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Nom de famille : ..... Grade : ..... Discipline : .....

### 2. Situation professionnelle du conjoint / ex-conjoint, parent des enfants

Nom : ..... Prénom : .....

<b>SANS ACTIVITE PROFESSIONNELLE</b>	<input type="checkbox"/> inscrit au Pôle Emploi <input type="checkbox"/> a cessé de travailler depuis le ..... <input type="checkbox"/> en congé parental depuis le .....  <b>Remplir l'attestation ci-contre.</b>	<p style="text-align: center;"><b>ATTESTATION SUR L'HONNEUR</b></p> <p>Je soussigné(e), .....  déclare sur l'honneur n'exercer aucune activité  professionnelle depuis le ..... et, de ce fait, ne pas  percevoir de supplément familial de traitement.</p> <p>Fait à ....., le .....</p> <p><b>Signature</b></p>
<b>SECTEUR PRIVE</b>	<input type="checkbox"/> Activité non salariée, profession libérale ou à domicile  <b>Remplir l'attestation ci-contre.</b>	<p style="text-align: center;"><b>ATTESTATION SUR L'HONNEUR</b></p> <p>Je soussigné(e), .....  déclare sur l'honneur exercer une activité non salariée –  libérale – à domicile - depuis le ..... et, de ce fait,  ne pas percevoir de supplément familial de traitement.</p> <p>Fait à ....., le .....</p> <p><b>Signature</b></p>
	<input type="checkbox"/> Entreprise ne recevant aucune subvention publique ; <input type="checkbox"/> Entreprise dont le budget de fonctionnement est alimenté en permanence et pour plus de 50 % de son montant soit par des taxes fiscales ou parafiscales ; soit par des cotisations ou subventions publiques ; <input type="checkbox"/> Autre.	<p><b>Nom et adresse de l'employeur :</b></p> <p>.....  .....  .....  .....</p>
<b>SECTEUR PUBLIC</b>	<input type="checkbox"/> Administration de l'Etat ou Territoriale ; <input type="checkbox"/> Office public, établissement public à caractère administratif ou industriel et commercial ; <input type="checkbox"/> Autre organisme.	



# ACADÉMIE DE NORMANDIE

Liberté  
Égalité  
Fraternité

### 3. Attestation à compléter par l'employeur du conjoint / ex-conjoint) \*

Je soussigné(e), (Nom, Prénom, qualité du responsable) .....

Certifie que Monsieur ou Madame .....

Employé(e) en qualité de .....

Perçoit depuis le .....

- le supplément familial de traitement :

..... €

- un sursalaire « à caractère familial » :

au titre des enfants suivants :

Nom - Prénom	Date de naissance

Ne perçoit pas de notre part un supplément familial de traitement ou sursalaire « à caractère familial » depuis le .....

A cessé de percevoir cet avantage familial depuis le .....

**Cachet de l'employeur**

[Empty box for employer stamp]

Fait à ....., le .....

**Signature**

*\* N.B. : Dans le cas d'une demande engendrant un rappel, l'employeur doit attester de la non-perception du SFT ou de tout autre prestation pour toute la période (à compter de la date de début du droit à SFT)*

#### MENTIONS LEGALES CNIL

Les informations collectées auprès de vous dans ces formulaires font l'objet, par le Rectorat de l'académie de Normandie, d'un traitement ayant pour finalité la vérification de vos droits à percevoir le supplément familial de traitement, sur la base légale d'une mission de service public. Ces informations sont à destination exclusive du service gestionnaire et seront conservées jusqu'à la prochaine campagne de vérification. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez du droit d'accès, et de rectification sur vos données. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier à dpd@ac-normandie.fr en y joignant la copie d'une pièce d'identité. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL