|  |
| --- |
| **Déclaration commune de choix de l’allocataire** |

**Madame, Monsieur (1) …......................................................................... est désigné(e) pour ouvrir le droit au Supplément Familial de Traitement.**

|  |  |
| --- | --- |
| **SITUATION FAMILIALE** | |
| **AGENT**  Nom : …....................................................................  Prénom : …...............................................................  Date de naissance : …..............................................  N° de sécurité sociale : …......................................... | **CONJOINT (ou ex conjoint)**  Nom : …...................................................................  Prénom : …..............................................................  Date de naissance : ….............................................  N° de sécurité sociale : …........................................ |
| Adresse : …...............................................................  …...............................................................................  Code postal : …........................................................  Ville : ….................................................................... | Adresse : …...............................................................  …...............................................................................  Code postal : …........................................................  Ville : ….................................................................... |

Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Séparé(e) Divorcé(e) En concubinage Lié(e) par un PACS

Depuis le : ……………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **SITUATION PROFESSIONNELLE** | |
| **AGENT**  Grade : …..................................................................  Discipline : …............................................................  Service payeur académique:  Rectorat  DSDEN (préciser le département) : ……………... | **CONJOINT (ou ex conjoint)**  Profession ou grade + discipline si fonctionnaire : ….............................................................................  Nom et adresse de l'employeur : ….........................  …..............................................................................  ….............................................................................. |
| **DECLARATION SUR L'HONNEUR** | |
| Je soussigné(e), certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur la présente demande, ainsi que les documents joints, sont exacts et sincères.  **Je m'engage à signaler tous les changements modifiant la présente déclaration.**  Fait à …......................................, le …....................  **Signature obligatoire de l’agent Signature obligatoire du conjoint (ou ex conjoint)** | |

(1) Rayer la mention inutile