|  |
| --- |
| **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