

Déclaration commune de choix de l'allocataire

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

SITUATION FAMILIALE	
<u>AGENT</u>	<u>CONJOINT ou EX-CONJOINT</u>
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
N° de sécurité sociale :	N° de sécurité sociale :
Adresse :	Adresse :
Code postal :	Code postal :
Ville :	Ville :

Marié(e) En concubinage Lié(e) par un PACS Séparé(e) Divorcé(e)

Depuis le :

SITUATION PROFESSIONNELLE	
<u>AGENT</u>	<u>CONJOINT ou EX-CONJOINT</u>
Grade :	Profession ou grade + discipline si fonctionnaire :
Discipline :	Nom et adresse de l'employeur :
Service payeur académique: <input type="checkbox"/> Rectorat <input type="checkbox"/> DSDEN (préciser le département) :
DECLARATION SUR L'HONNEUR	
Je soussigné(e), certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur le présent document 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