

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