



**ACADÉMIE
D'AIX-MARSEILLE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
des Bouches-du-Rhône

Division des Personnels Enseignants
Bureau de la gestion individuelle et financière
des enseignants du 1^{er} degré - DPE1

Affaire suivie par :
Le chef de bureau
Françoise TAVERNIER
Tél : 04 91 99 67 31
Mél : ce.dpe13-chef1@ac-aix-marseille.fr

28-34 boulevard
Charles Nédelec
13231 Marseille
Cedex 1

Marseille, le 30 juin 2021

Le Directeur académique des services
de l'éducation nationale
Directeur des services départementaux de l'éducation
nationale des Bouches-du-Rhône

à

Mesdames et Messieurs

**OBJET : Prise en charge financière dans le département des Bouches du Rhône 2021/2022
des étudiants en Master MEEF recrutés comme contractuels**

Vous venez d'être recrutés en qualité de contractuel dans le département des Bouches du Rhône. Afin d'effectuer votre prise en charge financière dans les meilleures conditions, j'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir compléter les documents ci-joints :

- ✓ **Une notice individuelle de prise en charge financière** où doivent figurer impérativement votre adresse (à justifier : par une facture de fournisseur d'énergie, une quittance de loyer, etc.), votre numéro de téléphone portable et votre adresse électronique personnelle.
- ✓ **La déclaration sur l'honneur en deux exemplaires**, et tout particulièrement, si vous êtes concerné(e), la partie encadrée qui précise l'ancien NUMEN, les coordonnées de votre ancien employeur et une copie de votre dernière fiche de paye.
- ✓ **Deux Relevés d'Identités Bancaires ORIGINAUX (Pas de RIB du livret A)** libellés à votre nom et prénom d'usages, les chèques annulés ne sont pas acceptés par les services de la Direction Régionale des Finances Publiques (DRFIP). Si vous avez un compte joint ou qu'il n'est pas ouvert au nom patronymique, un justificatif de lien (par exemple, sous forme de copie de livret de famille) est demandé. Pour le compte joint, **votre nom et votre prénom (visibles en entier) doivent obligatoirement apparaître sur le R.I.B.**
- ✓ Les imprimés de **Supplément Familial de Traitement (SFT) en double exemplaire**, seulement si vous avez des enfants à charge (âgés de moins de 20 ans), accompagnés des pièces justificatives (photocopie du livret de famille et certificat de scolarité des enfants ayant plus de 16 ans).

Vous devrez, en plus des documents renseignés ci-dessus, **me communiquer au format PDF les documents cités ci-dessous. Le nom du fichier devra comporter le nom de la pièce, suivi du nom de la personne (CNI JEAN DUPONT ou CARTE VITALE JEAN DUPONT). Aucun autre format ne sera accepté. Tout dossier incomplet peut entraîner un retard de paiement, aucune relance ne sera effectuée.**

- ✓ La copie lisible et exploitable de votre **carte VITALE**, ou une attestation de numéro de sécurité sociale,
- ✓ la copie du **livret de famille**, si vous avez des enfants,
- ✓ la copie lisible et exploitable de votre **carte nationale d'identité**,
- ✓ la copie éventuelle de votre PACS, acte de mariage, etc.



**ACADÉMIE
D'AIX-MARSEILLE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
des Bouches-du-Rhône

Une attestation de la CAF, à jour de moins de 3 mois, si vous avez 2 enfants et plus et que vous demandez le paiement du S.F.T. ci-dessus,
✓ Un justificatif de domicile (quittance, facture, etc.).

Vous devrez envoyer, en plus les documents ci-dessus :

Une copie de votre certificat de la journée d'appel pour la défense (JAPD), ou de la journée défense et citoyenneté (JDC),

- ✓ Une copie de votre **diplôme** de master 2 ou un justificatif précisant le nombre de points acquis, ou à défaut le diplôme le plus élevé (diplôme le plus élevé pour les contractuels)
- ✓ Les résultats de votre visite médicale pour votre aptitude à l'emploi et l'imprimé d'honoraires médicaux obligatoires **dument complétés et signés par le médecin agréé**, qui font l'objet d'une autre circulaire explicative,

**L'ensemble de ces documents devra être envoyé par mail à votre gestionnaire (voir annuaire ci-dessous), dès la signature de votre contrat et au plus tard, le xx/xx/2021
(Fermeture de la DSDEN 13, du 26/07/2021 au 15/08/2021)**

Tout dossier incomplet peut entraîner un retard de paiement, aucune relance ne sera effectuée.

✓ **Le certificat d'installation est à signer par le directeur d'école dès votre prise de fonction le jour de la pré-rentrée et à renvoyer immédiatement par télécopie : 04.91.99.66.75 ou par courriel scanné à l'adresse électronique de votre gestionnaire.**

Ce document est indispensable aux services de la Direction Régionale des Finances Publiques **pour vous rémunérer**.

De même, vous devez impérativement renvoyer après signature, et par la voie hiérarchique votre arrêté de nomination valant P.V d'installation, sous peine de ne pas percevoir les éventuelles indemnités liées au poste sur lequel vous êtes affecté.

Pour tous renseignements complémentaires concernant votre situation financière et la délivrance de votre NUMEN, je vous invite à prendre directement contact avec votre gestionnaire de paye (voir ci-joint les coordonnées des gestionnaires), dès votre prise de poste dans le département des Bouches du Rhône, par l'intermédiaire de votre messagerie électronique académique personnelle (prénom.nom@ac-aix-marseille.fr)

Enfin, vous trouverez par l'intermédiaire du PIA 1^{er} degré ou du site Internet de la D.S.D.E.N des Bouches du Rhône, <http://www.ac-aix-marseille.fr/pid30948/personnels.html> tous les renseignements utiles sur son fonctionnement.

Pour le directeur académique,
Le secrétaire général

Vincent LASSALLE

DIRECTION ACADEMIQUE DES BOUCHES DU RHONE

 PE Contractuel

NOTICE INDIVIDUELLE DESTINEE A LA GESTION FINANCIERE

Etablissement d'affectation (si connu):		N° INSEE : (n° sécurité sociale)
Mr Mme	Nom d'usage :	Prénom :
Date naissance : <i>jj/mn/aaaa</i>		Nom de jeune fille :
Lieu naissance : Dépt :		
Adresse personnelle (à justifier : quittance, facture, etc.)		Situation de famille : (joindre le justificatif – sauf pour les célibataires) Célibataire <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Pacs <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> A compter du :
N° téléphone :	N° Portable :	
Courriel personnel :		
<u>Tout changement d'adresse doit être signalé et justifié</u>		

EMPLOIS OCCUPES PENDANT LES 3 DERNIERES ANNEES SCOLAIRES

	Fonction	Etablissement ou employeur	Organisme payeur
Année scolaire 2020-2021			
Année scolaire 2019-2020			
Année scolaire 2018-2019			

Mode de paiement	Banque	N° compte bancaire	Les agents doivent joindre DEUX originaux de relevé d'identité bancaire à cette fiche + livret de famille (éventuellement)
	agence + ville :		

Nota : Les personnels cotisant à la MGEN ou MAGE doivent prendre contact avec la section local Marseille pour le prélèvement

Conjoint	Nom	Prénom	Nom jeune fille
Situation du conjoint	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire ou agent de l'état	Nom, adresse de l'employeur	
	<input type="checkbox"/> Non fonctionnaire	Indice nouveau majoré :	
	<input type="checkbox"/> Sans profession	Profession :	
	<input type="checkbox"/> Retraite pensionné	Nature de la pension :	
ENFANT			
Nom Prénom	Date naissance	Lien juridique Légitime, adopté, recueilli, confié	Observations Etudes, apprentissage, infirme, plus à charge



Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

A _____, le _____

Signature,

ACADEMIE D'AIX-MARSEILLE

DECLARATION SUR L'HONNEUR
(A remplir seulement par les PE contractuels 2021/2022)

Je soussigné(e),

NOM : Prénom :

Nom de jeune fille :

N° de sécurité sociale : |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| (clé)

Demeurant : N° Nature de la voie :

Lieu-dit/hameau (éventuellement mention complémentaire) :

Code postal |_| |_| |_| |_| Commune :

Téléphone fixe: Téléphone portable :

Déclare sur l'honneur

(1) n'avoir jamais exercé d'activité rémunérée dans la fonction publique (*), y compris en qualité d'auxiliaire, de contractuel, de maître d'un établissement privé sous contrat, ou employé dans le cadre d'un contrat emploi solidarité (CES), ou celui des emplois jeunes.

(1) exercer (actuellement)

Votre NUMEM :

(1) avoir exercé

Education Nationale, précisez

Votre NUMEN :

Une activité rémunérée dans la fonction publique (précisez fonction, lieu, périodes, nom et adresse de l'administration gestionnaire)

.....
.....
.....
.....
(joindre la copie du dernier bulletin de paie, ne pas oublier de démissionner pour obtenir un certificat de cessation de paiement)

Par ailleurs, je certifie :

(1) ne pas percevoir actuellement :

- D'allocation de recherche
- D'allocation formation de reclassement
- D'allocation parentale d'éducation
- D'allocation pour perte d'emploi (chômage)
- De pension de retraite.

(1) ne pas être en congé parental, en congé de formation, en disponibilité d'une autre administration ou d'une autre académie.

(1) que je n'ai pas effectué d'intervention ou de vacation, et que je n'en effectue pas actuellement dans le cadre d'une autre action ou d'une autre administration.

(1) (2) que j'ai effectué (nombre) Heures de vacations

Au titre de :

Pour la période du : Au :

Fait à : le :

(Faire précéder de la mention « lu et approuvé » Signature.

(*) (d'Etat ou Territoriale)

(1) Cocher les cases correspondantes à votre situation

(2) à ne remplir que par les personnels effectuant des vacations

DEMANDE DE SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

(Décret n°85-1148 du 24 octobre 1985 modifié)

Renseignements relatifs à la famille

Monsieur

NOM : Prénom :
 - *Si vous êtes fonctionnaire ou assimilé, préciser :*
 Grade : Discipline (pour les enseignants du 2nd degré) :
 Si vous êtes dans l'Education Nationale, préciser l'établissement d'affectation : N° / 0 / / / / / / / ¹
 Dénomination Ville :
 - *Si vous n'êtes pas fonctionnaire ou assimilé, préciser :*
 Profession : exercée depuis le
 Employeur et adresse de l'employeur :
 N'exerce pas d'activité depuis le

Madame

NOM (de jeune fille) : NOM D'USAGE Prénom :
 - *Si vous êtes fonctionnaire ou assimilée, préciser :*
 Grade : Discipline (pour les enseignants du 2nd degré) :
 Si vous êtes dans l'Education Nationale, préciser l'établissement d'affectation : N° / 0 / / / / / / / ¹
 Dénomination Ville :
 - *Si vous n'êtes pas fonctionnaire ou assimilée, préciser :*
 Profession : exercée depuis le
 Employeur et adresse de l'employeur :
 N'exerce pas d'activité depuis le

Situation de famille. ²

célibataire
 marié(e) depuis le
 séparé(e) depuis le
 divorcé(e) depuis le
 vie maritale ou couple ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité depuis le
 veuf(ve) depuis le

Adresse de la Famille (en cas de divorce avec garde alternée des enfants, indiquer l'adresse du père et de la mère) :

.....

Enfants à charge âgés de moins de 20 ans et vivant à votre foyer :

Nom – Prénom	Date de naissance	Lien de parenté (fils, fille, neveu, nièce ...)	Situation (Préciser si : élève, apprenti, étudiant ...)

Rappel : les enfants à charge ne doivent pas percevoir l'allocation personnalisée au logement (APL) ou l'allocation logement sociale (ALS).

Enfants qui ne sont pas à votre charge, âgés de moins de 20 ans :

Etes-vous le parent d'autres enfants qui ne sont pas à votre charge² oui non Si oui, précisez les ci-dessous.

Nom – Prénom	Date de naissance	Lien de parenté (fils, fille, neveu, nièce ...)	Situation (Préciser si : élève, apprenti, étudiant ...)

Détermination de l'attributaire

(à compléter par les personnes mariées, vivant en couple/ayant conclu un PACS ou divorcées si garde alternée des enfants; l'option ne peut être remise en cause qu'au bout d'un an, sauf changement de situation)

Le couple d'un commun accord désigne comme attributaire du SFT² : Monsieur Madame
pour une durée de 6 mois (uniquement en cas de divorce avec garde alternée des enfants)

À compter du **Signature de Monsieur**

Signature de Madame

Déclaration sur l'honneur

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce document sont exacts. Je m'engage à faire connaître immédiatement, par écrit, au service intéressé, tout changement modifiant cette déclaration. La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L.554-1 du code de la Sécurité sociale - Article 441-1 du code Pénal).

A , le

(Faire précéder la signature de la mention :

« Lu et signé en toute connaissance de cause ») **Signature de l'attributaire**

"Le droit d'accès et de rectification des données vous concernant prévu par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés peut être exercé auprès du service qui a traité le présent document".

ATTESTATION CONCERNANT LE SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

Attributaire

NOM D'USAGE : PRENOM :
 ADRESSE :
 Grade : Discipline : Etablissement d'affectation : N° / 0 / / / / / / / ¹ dénomination
 Ville :

A compléter pour une personne vivant seule : Situation de famille ²

Célibataire
 Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Fin de vie maritale ou de contrat de pacte civil de solidarité depuis le
 Je certifie vivre seul(e), sans conjoint(e) ni concubin(e).

Personne mariée ou vivant maritalement ou ayant contracté un pacte civil de solidarité : Situation professionnelle du conjoint ^{3,2}

NOM : PRENOM :
 N'exerce pas d'activité depuis le
 Exerce la profession de depuis le
 Désignation de l'entreprise :
 Fonctionnaire ou assimilée * : grade discipline :
 lieu d'exercice

- Toutefois, si votre conjoint ³ exerce dans un établissement du 1^{er} ou du 2nd degré public ou privé, ou dans un service académique de l'Académie d'Aix-Marseille, veuillez préciser son grade, sa discipline et son lieu d'exercice. Dans ce cas, il est inutile de faire compléter l'attestation ci-après ().

Enfants à charge et vivant à votre foyer, âgés de moins de 20 ans :

Nom – Prénom	Date de naissance	Lien de parenté (fils, fille, neveu, nièce ...)	Situation (Préciser si : élève, apprenti, étudiant ...)

Rappel : les enfants à charge ne doivent pas percevoir l'allocation personnalisée au logement (APL) ou l'allocation logement sociale (ALS).

Enfants qui ne sont pas à votre charge âgés de moins de 20 ans :

Etes-vous le parent d'autres enfants qui ne sont pas à votre charge ² oui non Si oui, précisez les ci-dessous.

Nom – Prénom	Date de naissance	Lien de parenté (fils, fille, neveu, nièce ...)	Situation (Préciser si : élève, apprenti, étudiant ...)

¹ ces références figurent sur le bulletin de paie en haut à gauche. ² cocher la case correspondant à la situation. Ed. 04 - 2008

³ celui ou celle du couple qui n'a pas été désigné comme l'attributaire du SFT, que le couple soit marié, en vie commune ou ayant conclu un pacte civil de solidarité.

ATTESTATION A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT

Je soussigné(e) (Nom et qualité du signataire) :
 atteste que M(me) employé(e) depuis le
 en qualité de dans (dénomination sociale de l'employeur)

1)
 Bénéficie du supplément familial de traitement alloué aux fonctionnaires de l'Etat en vertu des
 en vertu des dispositions du décret n°51-619 du 14 mai 1951. ²

oui
 non

2)
 Perçoit un avantage familial, au titre d'un statut particulier, qui lui confère, de ce fait, une rémunération supérieure à celle d'un
 employé de même catégorie n'ayant pas d'enfant à charge ², appelé :

oui
 non

Au titre des enfants, ci-dessous, désignés :

NOM – PRENOM	DATE DE NAISSANCE

Ne bénéficie plus de supplément familial de traitement à compter du

CACHET DE L'EMPLOYEUR

Fait à, le
Signature

A compléter dans tous les cas.

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce document sont exacts. Je m'engage à faire connaître immédiatement,
 par écrit, au service intéressé, tout changement modifiant cette déclaration. La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou
 de fausses déclarations (Article L.554-1 du code de la Sécurité sociale - Article 441-1 du code Pénal).

(Faire précéder la signature de la mention : **A**, le
 « Lu et signé en toute connaissance de cause ») **Signature de l'attributaire**

"Le droit d'accès et de rectification des données vous concernant prévu par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés
 peut être exercé auprès du service qui a traité le présent document".

² cocher la case correspondant à la situation. Ed. 04 - 2008

³ celui ou celle du couple qui n'a pas été désigné comme l'attributaire du SFT, que le couple soit marié, en vie commune ou ayant conclu un pacte civil de
 solidarité

ACADEMIE D'AIX-MARSEILLE

CERTIFICAT D'INSTALLATION

M. Mme :

NOM :

Prénom :

Grade :

Ecole :

S'étant présenté(e) devant nous, l'avons installé(e) dans ses fonctions

A la date du

à temps complet

à temps partiel, quotité :

Fait à....., le
L'autorité chargée de l'installation

A renvoyer à la D.S.D.E.N. 13 - au bureau DPE1- par télécopie au 04 91 99 66 75
ou par courriel scanné à l'adresse électronique de votre gestionnaire, le jour de votre prise de
fonction.

GESTIONNAIRES SERVICE DPE1 - 2020/2021

25/05/2021

Chef Service DPE 1 : Mme Françoise TAVERNIER 0491996731 ce.dpe13-chef1@ac-aix-marseille.fr

Coordinatrice paie : MME Valérie ALESSANDRI 0491996631 ce.dpe13-coordopaye@ac-aix-marseille.fr

Répartition alphabétique	Nom du gestionnaire	Jour Présence	Téléphone	Adresse mail (précisez votre nom et prénom dans l'objet du mail)	Bureau DSDEN
A... à BATAc		Tous les jours.	0491996868	ce.dpe13-1a@ac-aix-marseille.fr	Bureau A Porte 414
BATAI... à BOTTO..		Tous les jours.	0491996732		
BOTU. à CERD...		Tous les jours.	0491996719		
CERES... à DAVIC.		Tous les jours.	0491996737	ce.dpe13-1b@ac-aix-marseille.fr	Bureau B Porte 408
DAVID... à ELBA... Référente EPP		Tous les jours.	0491996792		
ELET. à FREDON..		Sauf mercredi	0491996791		
FREDONNE. à GRON..		Tous les jours.	0491996627		
GROP... à KLA...		Tous les jours.	0491996798		
KLE... à LUB...		Tous les jours.	0491996742	ce.dpe13-1c@ac-aix-marseille.fr	Bureau C Porte 409
LUC à MIEU...		Tous les jours.	0491996744	ce.dpe13-1d@ac-aix-marseille.fr	Bureau D Porte 410
MIG... à PASSERA...		Tous les jours	0491996799		
PASSERE... à RANDO... Correspondante Service des Pensions Rectorat		Tous les jours.	0491996753		
RANDON... à RUIZ... Assistants en langues étrangères		Sauf mercredi	0491996797	ce.dpe13-1e@ac-aix-marseille.fr	Bureau E Porte 412
RUL... à TEY...		Tous les jours.	0491996740		
TEZ... à Z... Correspondance ARIA – Sécu – MGEN		Tous les jours.	0491996738		