

**Inspection
Académique des
Bouches-du-Rhône**

Division des Personnels

Bureau de Gestion des
Instituteurs et des
Professeurs des Écoles
de l'Enseignement Public
- DP 1 -

Dossier suivi par :
Pascal LECLERCQ
Référence
Prise en charge
financière 2009-2010

Tél
04 91 99 66 31

Fax
04 91 99 67 81

28-34 boulevard
Charles Nédélec
13231 Marseille
Cedex 1

L'Inspecteur d'Académie,
Directeur des Services Départementaux
de l'Éducation Nationale

à

Madames et Messieurs les enseignants ayant obtenu
un INEAT pour le département des Bouches du Rhône

Marseille, le 03 mai 2010

OBJET : Votre intégration dans le département des Bouches du Rhône :
Prise en charge financière année scolaire 2010– 2011.

Afin d'effectuer **la mise à jour de votre dossier administratif ainsi que votre prise en charge financière dans les meilleurs délais**, j'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir renseigner et me communiquer en retour sous le présent timbre et dès réception de cette note les documents suivants :

1) **la fiche individuelle de prise en charge financière** où doivent figurer impérativement votre adresse postale et votre numéro de téléphone, accompagnée de deux **Relevés d'Identités Bancaires ORIGINAUX** libellés à votre nom d'usage (les chèques annulés ne sont pas acceptés par les services de la Trésorerie Générale). Si votre RIB comporte deux noms, veuillez nous joindre un document justifiant du lien (photocopie du livret de famille, du PACS, etc....).

2) Les imprimés de **Supplément Familial de Traitement, en double exemplaire**, accompagnés des pièces justificatives (photocopie du livret de famille et certificat de scolarité pour les plus de 16 ans) uniquement si vous avez des enfants à charge(âgés de moins de 20 ans).

3) Quant au **certificat d'installation, il est à signer et à renvoyer dès votre prise de poste**. Il est indispensable aux services de la Trésorerie Générale **pour vous rémunérer**. Cette dernière démarche **ne doit pas vous dispenser de renvoyer l'arrêté de nomination - P.V d'installation**, que le service du mouvement vous transmettra, pour le paiement éventuel des indemnités liées au poste sur lequel vous êtes affecté.

Pour tout renseignement complémentaire, je vous invite à prendre contact avec votre gestionnaire par le biais de l'application « I.Prof » ,dont vous vous êtes servie pour le mouvement et qui met également à votre disposition une messagerie électronique personnelle.

Pour l'Inspecteur d'Académie,
Le Chef de la Division des Personnels

Signé
Bernard COLCY

NOTICE INDIVIDUELLE DESTINEE A LA GESTION FINANCIERE

Etablissement d'affectation :		N° INSEE :	
Mr - Mme - Melle	Nom :	Prénom :	
Date naissance : jj/mm/aaaa		Nom de jeune fille :	
Lieu de naissance :			
Adresse personnelle		Situation de famille :	
		Célibataire <input type="checkbox"/>	
		Veuf(ve) <input type="checkbox"/>	
		Divorcé(e) <input type="checkbox"/>	
		Séparé(e) <input type="checkbox"/>	
		Pacs <input type="checkbox"/>	
		Concubinage <input type="checkbox"/>	
		Marié(e) <input type="checkbox"/>	
N° téléphone :		A compter du :	
Portable :			
Tout changement d'adresse doit être signalé à l'inspection d'académie			

EMPLOIS OCCUPES PENDANT LES 3 DERNIERES ANNEES SCOLAIRES

	Fonction	Etablissement ou employeur	Si vous étiez payé(e) par un centre électronique du Trésor, précisez lequel et votre numéro d'identification
Année scolaire 19..-20..			
Année scolaire 19..-20..			
Année scolaire 19..-20..			
Mode de paiement	<input type="checkbox"/> T.G <input type="checkbox"/> caisse d'épargne de <input type="checkbox"/> C.C.P ou <input type="checkbox"/> Banque <i>agence + ville</i>	N° compte	Les agents doivent joindre un original de relevé d'identité postal, bancaire ou d'épargne à cette fiche.

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

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

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

A _____, le _____
Signature,



Cachet de l'école

3/3

Code poste

--	--	--	--	--	--	--

CERTIFICAT D'INSTALLATION

M. Mme, Melle

NOM

Prénom

Grade

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 retourner en deux exemplaires à l'IA 13 - DP1A

DEMANDE DE SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

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

*Document à compléter et renvoyer au gestionnaire de rémunération principale
(Inspection Académique Marseille pour les enseignants du 1^{er} degré)*

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

① **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

② **Adresse de la Famille** (en cas de divorce avec garde alternée des enfants, indiquer l'adresse du père et de la mère) :

.....
.....
.....

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

③ **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).

④ **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 ...)
.....
.....
.....
.....
.....

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 SFT ² : 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).

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

² "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.

Attestation concernant le Supplément Familial de Traitement

(à compléter et renvoyer, en début d'année scolaire par l'attributaire percevant ou demandant à bénéficier du supplément familial de traitement, au gestionnaire de rémunération principale : enseignants du 1^{er} degré → Inspection Académique Marseille)

① **Attributaire.**

NOM D'USAGE : PRENOM :

ADRESSE :

Grade : Discipline : Etablissement d'affectation : N° / 0 / / / / / / / ¹
dénomination Ville :

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

- Célibataire
 Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(f)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).

③ **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 (©).

④ **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).

⑤ **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.

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 3

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)

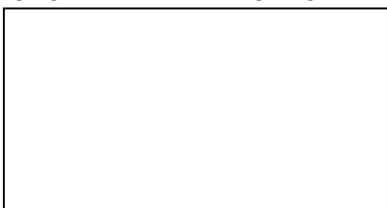
- 1) Bénéficie du supplément familial de traitement alloué aux fonctionnaires de l'Etat en vertu des
en vertu des dispositions du décret n°51-619 du 14 mai 1951. 2 [] oui [] non
2) Perçoit un avantage familial, au titre d'un statut particulier, qui lui confère, de ce fait, une
rémunération supérieure 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 :

Table with 2 columns: NOM - PRENOM, DATE DE NAISSANCE. Contains multiple rows for listing children.

Ne bénéficie plus de supplément familial de traitement à compter du

CACHET DE L'EMPLOYEUR



Fait à, le
Signature

7 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.

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.

SITUATION DES ENFANTS AGES DE PLUS DE 16 ANS

(à compléter et renvoyer, en début d'année scolaire, par l'attributaire percevant ou demandant à bénéficier du supplément familial de traitement, au gestionnaire de rémunération principale : enseignants du 1^{er} degré →

Inspection Académique - MARSEILLE

① **Attributaire du supplément familial de traitement.**

NOM D'USAGE : PRENOM :

ADRESSE :

Grade : Discipline : Etablissement d'affectation : N° / 0 / / / / / 1

Dénomination Ville :

② **Renseignement relatif à l'enfant à charge :**

NOM : PRENOM :

Né(e) le

③ **Situation de l'enfant à charge ² :**

- Placé en apprentissage → Joindre la photocopie du contrat d'apprentissage.
- En stage de formation professionnelle → Joindre une attestation de l'organisme responsable du stage de formation professionnelle.
- Poursuivant ses études (**Rappel : cet enfant ne doit pas bénéficier d'aide au logement (APL ou ALS)**) → Joindre un certificat de scolarité.
Une activité professionnelle réduite n'est pas incompatible avec le maintien du SFT dès lors que la rémunération mensuelle n'excède pas 55% du SMIC mais vous devez fournir les bulletins de salaire de votre enfant ou avis de paiement Assedic, selon le cas.
Je soussigné(e), Nom Prénom
atteste sur l'honneur que mon enfant : Nom Prénom
né(e) le à
dont j'assume la charge de manière permanente n'exerce aucune activité professionnelle.
A, le
Signature

- Infirmes, handicapés ou atteints d'une maladie chronique → Joindre impérativement une attestation indiquant que cet enfant ouvre droit à l'allocation d'éducation spéciale et un certificat médical attestant l'état de santé de votre enfant.
- Enfant n'entrant pas dans l'une des catégories énumérées, ci-dessus, et âgé de moins de 20 ans.
Une activité professionnelle réduite n'est pas incompatible avec le maintien du SFT dès lors que la rémunération mensuelle n'excède pas 55% du SMIC mais vous devez fournir les bulletins de salaire de votre enfant ou avis de paiement Assedic, selon le cas.
Je soussigné(e), Nom Prénom
atteste sur l'honneur que mon enfant : Nom Prénom
né(e) le à
dont j'assume la charge de manière permanente n'exerce aucune activité professionnelle.
A, le
Signature

- Enfant vivant en concubinage ou marié ou ayant conclu un pacte civil de solidarité.
Cet enfant n'est plus considéré comme étant à votre charge au sens du Code de la sécurité sociale → Joindre copie de l'acte de mariage ou du contrat de PACS ou du certificat de vie commune ou de concubinage.

④ **DECLARATION SUR L'HONNEUR *A compléter obligatoirement***

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 dans la situation de mon enfant décrite ci-dessus. 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**

"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".