



Division des personnels

Bureau de la gestion
individuelle et financière
des enseignants du 1^{er} degré
DPE1
Le chef de bureau

Dossier suivi par
Pascal LECLERCQ

Téléphone
04 91 99 67 31
Fax
04 91 99 67 81

Mél.
ce.dp1a13@ac-aix-marseille.fr

28-34 boulevard
Charles Nédelec
13231 Marseille
cedex 1

Le directeur des services départementaux
de l'éducation nationale

à

Mesdames et Messieurs les Professeurs des Ecoles
arrivant dans le département
Mesdames et Messieurs les Professeurs des Ecoles
stagiaires

Marseille, le 11 mai 2015

OBJET : Nomination dans le département des Bouches du Rhône, Prise en charge financière des professeurs des écoles (PE) arrivant dans le département (INEAT), des professeurs des écoles stagiaires année scolaire 2015-2016

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 téléphone, de fournisseur d'énergie, une quittance de loyer, etc.) votre numéro de téléphone et votre adresse électronique personnelle.
- ✓ **La déclaration sur l'honneur en deux exemplaires (uniquement pour les PE stagiaires** 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 (sauf les RIB du livret A)** libellés à votre nom d'usage, (les chèques annulés ne sont pas acceptés par les services de la Direction Régionale des Finances Publiques). 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 prénom 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 :

- ✓ La copie lisible et exploitable de votre **carte VITALE**,
- ✓ 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.
- ✓ Une attestation de la CAF à jour, de moins de 3 mois, si vous avez 2 enfants et plus et que vous demandez le SFT ci-dessus.
- ✓ Un justificatif de domicile (quittance, facture, etc.)

Pour les PE stagiaires 2015/2016, vous devrez envoyer, en plus des 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,
- ✓ L'attestation d'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,
- ✓ Les divers documents demandés dans la circulaire de reclassement d'échelon des stagiaires, si vous remplissez les conditions (peut être envoyés courant septembre).

L'ensemble de ces documents devra être remis, à partir du 01.06.2015 et au plus tard, le 24.07.2015 (fermeture de la DSDEN 13, du 27.07.15 au 17.08.2015 matin) au 3^{ème} étage bureau DPE1

Les professeurs des écoles arrivant d'un autre département doivent renvoyer ces documents par courrier uniquement à l'adresse suivante :

**DSDEN – DPE1 – 28 Bd Charles Nedelec – 13231 Marseille cedex 1
avant le 20.07.2015**

Tout dossier incomplet ou hors délais peut entraîner un retard de paiement

✓ **Quant au certificat d'installation, il est à signer par le directeur d'école dès votre prise de fonction le jour de la pré-rentrée pour les PE ou d'arrivée pour les PE stagiaires et à renvoyer immédiatement par télécopie : 04.91.99.67.81 ou par courriel scanné à l'adresse électronique : ce.dp1a13@ac-aix-marseille.fr**

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 pas percevoir les éventuelles indemnités liées au poste sur lequel vous êtes affecté.

Pour tous renseignements complémentaires concernant votre situation financière, je vous invite à prendre directement contact avec votre gestionnaire de paye par l'intermédiaire de l'application « i-prof », qui met à votre disposition une messagerie électronique personnelle dès votre prise de poste dans le département des Bouches du Rhône et délivrance de votre NUMEN.

Enfin, vous trouverez sur le site Internet de la D.S.D.E.N des Bouches du Rhône, <http://ia13.ac-aix-marseille.fr>, tous les renseignements utiles sur son fonctionnement.

Pour le directeur académique
Le Chef de la Division des Personnels

Signé

Chantal COLONNA

DECLARATION SUR L'HONNEUR
(A remplir seulement par les PE Stagiaires 2015/2016)

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)

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 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).

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(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).

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 CONJOINT³

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

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 retourner à la D.S.D.E.N. 13 - au bureau DPE1- par télécopie au 04 91 99 67 81
ou par courriel scanné à l'adresse électronique : ce.dp1a13@ac-aix-marseille.fr
le jour de votre prise de fonction.