



RÉGION ACADÉMIQUE  
HAUTS-DE-FRANCE

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION

**Rectorat**

**Division des Personnels  
Enseignants**

Tél : 03.22.82.38 80  
Mél : ce.dpe@ac-amiens.fr

**Division des Personnels  
d'Administration et  
d'Encadrement**

Tél. 03.22.82.38.70  
Mél : ce.dpae@ac-amiens.fr

2016-2017

20, boulevard  
d'Alsace-Lorraine  
80063 Amiens cedex 9

**Horaires d'accueil du public :**  
8h00 à 18h00,  
du lundi au vendredi

**Horaires d'accueil  
téléphonique :**  
8h00 à 17h30  
du lundi au vendredi

Amiens, le 25 octobre 2017

**LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE D'AMIENS  
CHANCELIER DES UNIVERSITÉS**

à

Messieurs les Inspecteurs d'académie, Directeurs  
académiques des services de l'Éducation nationale de  
l'Aisne, de l'Oise et de la Somme  
Mesdames et Messieurs les Chefs d'établissement  
Mesdames et Messieurs les Directeurs de C.I.O.  
Mesdames et Messieurs les Délégués académiques  
Mesdames et Messieurs les Conseillers techniques et  
chargés de mission  
Mesdames et Messieurs les Chefs de division et de service

**Objet : contrôle des conditions de versement du Supplément Familial de  
Traitement (SFT) - Année scolaire 2017/2018**

Les éléments relatifs à l'attribution du SFT sont soumis annuellement à un certain nombre de contrôles concernant notamment la situation familiale, la charge effective des enfants, la production d'un certificat de scolarité pour les enfants de plus de 16 ans, la non perception d'un avantage de même nature par le conjoint.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir inviter les personnels placés sous votre autorité qui perçoivent le SFT **à compléter les imprimés ci-joints** et à les retourner dûment accompagnés des pièces justificatives nécessaires à l'examen de leur situation, **avant le 24 novembre 2017**, délai de rigueur, au service concerné.

Je tiens à porter à votre connaissance qu'à défaut de se conformer à cette obligation, le versement du SFT sera interrompu.

**Les personnels enseignants, d'éducation et psychologues de l'éducation nationale feront retour à la D.P.E. du formulaire sous le timbre du bureau de gestion dont ils relèvent :**

- DPE2 : pour les enseignants des disciplines scientifiques, histoire-géographie, documentation, SES,
- DPE3 : pour les enseignants des disciplines littéraires et linguistiques,
- DPE4 : pour les enseignants des disciplines artistique et technique en lycée et collège, technologie et EPS,
- DPE5 : pour les professeurs de lycée professionnel, les personnels d'éducation et psychologues de l'éducation nationale.

**Les personnels des filières technique, médico-sociale, d'administration et d'encadrement prendront l'attache du bureau de gestion dont ils relèvent :**

- DPAE1 : pour les personnels non titulaires administratifs, techniques, sociaux et de santé,
- DPAE2 : pour les personnels de direction, d'inspection et médico-sociaux,
- DPAE3 : pour les personnels administratifs et techniques titulaires.

Je vous rappelle que toute modification dans la situation familiale ou dans l'activité professionnelle du conjoint des bénéficiaires, susceptible de modifier les conditions d'attribution du SFT doit m'être signalée.

De même, toute déclaration erronée fera l'objet d'une reprise du Supplément Familial de Traitement avec effet rétroactif.

**Enfin à défaut de réponse de la part des personnels bénéficiaires du SFT, mes services procéderont à l'interruption du paiement de cette prestation dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018.**

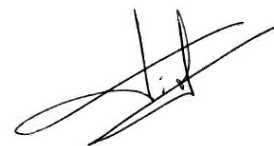
Cette circulaire et l'imprimé sont téléchargeables sur le site Internet de l'académie d'Amiens, à l'adresse suivante :

<http://www.ac-amiens.fr>

Espace professionnel/les ressources humaines  
La vie professionnelle/rémunérations et indemnités

Mes services restent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Pour le Recteur et par délégation  
Le Secrétaire Général de l'Académie



**Jean-Jacques VIAL**



Région académique  
HAUTS-DE-FRANCE



## CONTROLE ET SUIVI DU SUPPLÉMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

Document à compléter et adresser par la voie hiérarchique au Rectorat de l'académie d'AMIENS, pour le **24 novembre 2017**

- ⇒ à la DPAE pour les personnels d'administration, ITRF, médico-sociaux et d'encadrement
- ⇒ à la DPE pour les personnels enseignants, d'éducation et d'orientation

<input type="checkbox"/> Je perçois le SFT et ma situation n'a pas changé depuis l'année scolaire 2016-2017	→ retourner l'enquête dûment complétée et signée accompagnée de l'attestation de l'employeur du conjoint → pour les enfants âgés de plus de 16 ans, joindre obligatoirement un certificat de scolarité
<input type="checkbox"/> Je ne perçois pas le SFT et souhaite en bénéficier	→ retourner l'enquête dûment complétée et signée accompagnée de l'attestation de l'employeur du conjoint → pour les enfants âgés de plus de 16 ans, joindre obligatoirement un certificat de scolarité
<input type="checkbox"/> Je perçois le SFT et ma situation familiale a changé depuis l'année scolaire 2016-2017	→ joindre tout document relatif à la situation familiale (livret de famille, jugement de divorce, ordonnance de non conciliation...)

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE :

NOM D'USAGE : .....NOM DE NAISSANCE : .....

PRENOM : .....N° INSEE (S.S.): .....

GRADE ET DISCIPLINE : .....

ÉTABLISSEMENT/SERVICE D'AFFECTATION : .....

#### SITUATION FAMILIALE (cocher la case correspondante) :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Marié(e) depuis le     | <input type="checkbox"/> Divorcé(e) depuis le           |
| <input type="checkbox"/> Vie maritale depuis le | <input type="checkbox"/> Séparé(e) légalement depuis le |
| <input type="checkbox"/> Pacsé(e) depuis le     | <input type="checkbox"/> Séparé(e) de fait depuis le    |
| <input type="checkbox"/> Célibataire            | <input type="checkbox"/> Veuf/veuve depuis le           |

#### ENFANTS A CHARGE

Nom Prénom des enfants	Lien de parenté <small>Légitime / naturel / adopté / enfant du conjoint ou concubin</small>	Date de naissance	Situation <small>Scolarisé / Etudiant / Apprenti / Salaré percevant moins de 55% du SMIC</small>	L'enfant est à votre charge effective et permanente Oui/Non	Préciser le nom de l'autre parent si ce dernier n'est pas le conjoint actuel

**Je certifie sur l'honneur** que les renseignements portés sur ce document son exacts. **Je m'engage à faire connaître immédiatement, par écrit, au service gestionnaire, tout changement de situation.**

A .....le ..... Signature :

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE (ex-)CONJOINT ou (ex-) CONCUBIN(E) :**

(si la demande de versement SFT concerne des enfants nés de différentes unions, un exemplaire de cet imprimé doit être complété par chaque conjoint ou ex-conjoint concerné)

NOM D'USAGE : ..... NOM DE NAISSANCE : .....

PRENOMS : .....

<input type="checkbox"/> le conjoint ou ex-conjoint est rémunéré par l'Éducation nationale	<b>SITUATION PROFESSIONNELLE :</b>
	→ fournir une copie de son dernier bulletin de salaire

<input type="checkbox"/> le conjoint ou ex-conjoint n'exerce pas d'activité professionnelle ou exerce une profession libérale ou à domicile	<b>ATTESTATION SUR L'HONNEUR</b>
	Je soussigné(e) Mme, M .....certifie sur l'honneur : <i>(rayer les mentions inutiles)</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- n'exercer aucune activité professionnelle</li> <li>- être en congé parental (<i>préciser les dates</i>) : .....</li> <li>- exercer une profession libérale (<i>préciser laquelle</i>) : .....</li> <li>- autre (<i>à préciser</i>) : .....</li> </ul>
	Date :
	Signature de l'agent :                      Signature du conjoint :

<input type="checkbox"/> le conjoint ou ex-conjoint exerce une activité professionnelle dans le secteur privé	<b>ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT ou EX-CONJOINT</b>
	Nom et adresse de l'employeur : ..... .....
	certifié que M/Mme .....
	est employé(e) depuis le .....
	Cachet de l'employeur :                      Signature :

<input type="checkbox"/> le conjoint ou ex-conjoint exerce une activité professionnelle auprès d'un employeur public ou assimilé (SNCF, EDF ...)	<b>ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT ou EX-CONJOINT</b>
	Nom et adresse de l'employeur : ..... .....
	certifié que M/Mme .....
	employé(e) depuis le .....
	<input type="checkbox"/> ne bénéficie par du supplément familial de traitement ou de sursalaire à caractère familial
	<input type="checkbox"/> a cessé de bénéficier du supplément familial de traitement ou de sursalaire à caractère familial depuis le .....
	<input type="checkbox"/> bénéficie du supplément familial de traitement ou d'un sursalaire à caractère familial pour les enfants suivants : ..... ..... .....
	Cachet de l'employeur :                      Signature :