



**ATTESTATION**
  
**En vue du paiement du Supplément Familial de Traitement (S.F.T.)**

Je soussigné(e)

NOM DE FAMILLE : ..... NOM D'USAGE : ..... Prénom : .....

ÉTABLISSEMENT(S) D'AFFECTATION : .....

CATÉGORIE D'EMPLOI : CD  CP  DA  SUPPLÉANT

Déclare sur l'honneur <sup>1</sup>:

Célibataire  Divorcé(e) ou séparé(e) depuis le.....

Marié (e) depuis le .....

Vie Maritale depuis le.....

Pacsé (e) depuis le .....

Veuf (ve) depuis le.....

Nom du conjoint : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Profession : ..... Fonctionnaire  Non fonctionnaire

Employeur (Nom et adresse) : .....

- avoir la charge effective et permanente des enfants (joindre une copie des pages utiles du livret de famille et pour les personnes percevant les prestations familiales de la CAF une attestation de cet organisme précisant les enfants bénéficiaires). Les enfants à charge ne doivent pas être bénéficiaires de l'allocation personnalisée au logement (ALS) ou l'allocation de logement social (ALS).

NOM des enfants	PRÉNOM des enfants	DATE DE NAISSANCE

- que mon conjoint ou concubin mère ou père des enfants est actuellement : <sup>2</sup>

- étudiant (joindre une copie de la carte d'étudiant);
- sans emploi ou demandeur d'emploi (joindre une copie du dernier relevé pôle emploi);
- mère ou père au foyer (joindre une copie de l'attestation de la carte vitale);
- fonctionnaire ou employé(e) dans le « secteur public »<sup>3</sup> (joindre une copie du dernier bulletin de salaire);
- retraité(e), exploitant agricole, travailleur indépendant, ou artisan (situations à justifier par copie du dernier relevé de pension, ou du dernier relevé d'exploitation parcellaire pour les exploitants agricoles, ou cachet et n° d'inscription au registre du commerce);
- employé(e) dans le secteur privé chez : ..... (joindre l'attestation de non paiement du SFT par l'employeur ou à défaut copie du dernier bulletin de salaire).

Je déclare avoir pris connaissance des peines encourues ci-dessous en cas de fausses déclarations et m'engage à faire connaître au service de gestion des personnels tout changement intervenant dans ma situation familiale. <sup>4</sup>

A ....., le .....
   
 Signature de l'agent,

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatisé destiné à la gestion administrative et financière. Le droit d'accès et de rectification des données vous concernant prévu par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, peut être exercé en vous adressant au Rectorat de l'Académie de Nantes – Division de l'enseignement privé – BP 72616 44326 NANTES CEDEX 3.

<sup>1</sup> Rayer les mentions inutiles.

<sup>2</sup> Cocher la case correspondante et joindre la pièce justificative.

<sup>3</sup> L'article 20 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 précise qu'en cas de pluralité de fonctionnaires assumant la charge du ou des mêmes enfants, le SFT est versé à celui désigné d'un commun accord entre les intéressés.

<sup>4</sup> Rappels : l'article 20 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 précise que le droit au supplément familial de traitement est ouvert en fonction du nombre d'enfants à charge au sens des prestations familiales. La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. 441-1 du code pénal).

**DECLARATION COMMUNE DE CHOIX**
  
**DU BENEFICIAIRE DU SFT**
  
**(couple de fonctionnaire ou agent publics de l'état)**
  
 (loi n°83-634 du 13 juillet 1984 modifiée)

**Rectorat**
  
  
 Division
   
 de l'Enseignement Privé
   
  
 8 rue du Général Marguerite
   
 BP 72616
   
 44326 Nantes Cedex 03

<u>Monsieur</u>	<u>Madame</u>
Nom et Prénom : .....	Nom et Prénom : .....
Profession : .....	Profession : .....
Indice : .....	Indice : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....

Déclarons (1) - être marié (e)
   
                   - être pacsé(e)
   
                   - vivre maritalement depuis le .....

Et avoir la charge effective des enfants de moins de 20 ans (joindre obligatoirement les copies utiles du livret de famille et l'attestation délivré par la Caisse d'allocations Familiales du domicile de l'allocataire) :

NOM et PRENOM	Date de naissance

Désignons d'un commun accord pour bénéficiaire du SFT à compter du .....
   
 Nom et Prénom (du bénéficiaire) : .....

Et reconnaissons être informés du délai d'un an pendant lequel cette option ne peut être remise en cause.

**Signature de Monsieur**

**Signature de Madame**

**Certificat de cessation de paiement du SFT**
  
**(visa du service gestionnaire)**

- atteste <sup>(1)</sup> que le SFT n'est pas versé à M(me) .....
- atteste <sup>(1)</sup> que le SFT ne sera plus versé à M(me) ..... à compter du ..... (ci-joint certificat de cessation de paiement).

(1) rayer la mention inutile



**ACADÉMIE  
DE NANTES**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT FORFAITAIRE  
DES COTISATIONS DE PROTECTION SOCIALE  
COMPLEMENTAIRE EN SANTE**

Décret n° 2021-1164 du 8 septembre 2021 relatif au remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais de santé des agents civils et militaires de l'État

**Attention :** Il convient de joindre à cette demande l'attestation\* émise par l'organisme complémentaire avec lequel le contrat est conclu et au titre duquel les cotisations en matière de santé lui sont versées.

Nom de naissance	
Nom d'usage	
Prénom(s) (prénom usuel souligné)	
N° de sécurité sociale	
Grade	
Discipline	
Etablissement/ Service d'affectation	

Je demande le remboursement forfaitaire des cotisations versées au titre d'un contrat de complémentaire santé :

Nom de l'organisme complémentaire	
<input type="checkbox"/>	Titulaire du contrat
<input type="checkbox"/>	Ayant-droit du titulaire du contrat

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans la présente demande et je m'engage à signaler immédiatement tout changement de ma situation individuelle qui aurait pour conséquence de modifier mes droits au remboursement.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

*Signature de l'agent*

\* une attestation doit préciser le caractère du responsable et solidaire du contrat tel que défini aux articles L862-4 et L871-1 du code de la sécurité sociale (Cf. modèle d'attestation jointe en page 2)

**[Nom de l'organisme complémentaire]**  
**[Identification de l'organisme complémentaire]**

A **[Ville]**, le **[Date]**

Destinataire  
**[Civilité]**  
**[Nom et Prénom de l'assuré]**  
**[Coordonnées de l'assuré]**

Objet : Attestation en vue du bénéfice du remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais de santé des agents civils et militaires de l'État

Je soussigné, **[Nom de l'organisme complémentaire]** enregistré **[Données d'enregistrement de l'organisme complémentaire]**, atteste que :

- **[Civilité] [Nom et Prénom de l'assuré]**
- **[NIR]**

Lorsque l'assuré est le titulaire du contrat est titulaire du **[Contrat / Règlement]**, **[Numéro du contrat]**. Ce **[Contrat / Règlement]** couvre les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident et respecte les conditions prévues au II de l'article L. 862-4 et à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Lorsque l'assuré est ayant droit du titulaire du contrat est couvert en qualité d'ayant droit du **[Contrat / Règlement]**, **[Numéro du contrat]**. Ce **[Contrat / Règlement]** couvre les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident et respecte les conditions prévues au II de l'article L. 862-4 et à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et que sa couverture ne fait pas l'objet d'une participation financière de l'employeur du titulaire du contrat.

Cette attestation est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

**[Signature]**  
**[Cachet de l'organisme complémentaire]**





## Accompagnement des personnels bénéficiaires de l'obligation d'emploi (BOE)

Ce formulaire est destiné à vous faire connaître en tant que personnel BOE

Vos coordonnées :

M. (Mme) Prénom, Nom :

Etablissement :

Service :

Corps :

Cochez la case correspondante pour indiquer votre catégorie de bénéficiaire et joignez, le cas échéant, une pièce justificative (copie d'une carte d'invalidité, par exemple).

### Handicap reconnu

- travailleur reconnu handicapé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
- titulaire de la carte d'invalidité (article L. 241- 3 du code de l'action sociale et des familles)
- titulaire de l'allocation aux adultes handicapés

### Pension d'invalidité

- titulaire d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain
- invalide de guerre titulaire d'une pension militaire d'invalidité au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

### Agent reclassé suite à une inaptitude aux fonctions reconnue par le comité médical

- agent reclassé par détachement
- agent bénéficiant d'un changement d'emploi au sein de son corps ou cadre d'emploi

### Allocation/rente accident du travail, maladie professionnelle

- victime d' accident du travail ou de maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % ou titulaire d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire
- titulaire d'une allocation ou d'une rente d'invalidité attribuée dans les conditions définies par la loi n° 91- 1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service
- agent bénéficiant d'une allocation temporaire d'invalidité

**Bénéficiaire des emplois réservés au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre** (articles L 394, L 395 et L 396 de ce code)

**Autres** (préciser) :

**Document à compléter et à transmettre, accompagné des pièces justificatives, à votre service de gestion à l'adresse précisée ci-dessous:**

Personnels enseignants du second degré privé : DEP

Rectorat de Nantes /  
8 rue du général Margueritte – BP 72616  
44 326 Nantes

Pour obtenir des informations sur la prise en compte du handicap par l'académie de Nantes, vous pouvez également vous adresser :

- au correspondant handicap académique : [correspondant-handicap@ac-nantes.fr](mailto:correspondant-handicap@ac-nantes.fr)
- aux référents handicaps départementaux : [correspondant-handicap44@ac-nantes.fr](mailto:correspondant-handicap44@ac-nantes.fr)  
[correspondant-handicap49@ac-nantes.fr](mailto:correspondant-handicap49@ac-nantes.fr)  
[correspondant-handicap53@ac-nantes.fr](mailto:correspondant-handicap53@ac-nantes.fr)  
[correspondant-handicap72@ac-nantes.fr](mailto:correspondant-handicap72@ac-nantes.fr)  
[correspondant-handicap85@ac-nantes.fr](mailto:correspondant-handicap85@ac-nantes.fr)