



**DEMANDE DE RECONDUCTION DU  
VERSEMENT DU SUPPLEMENT  
FAMILIAL DE TRAITEMENT (S.F.T.)**

Nom : ..... Prénom : .....

Emploi : AED   
AESH

Lieu d'affectation : département 21  58  71  89

Etablissement : .....  
.....  
.....

Déclare sur l'honneur avoir la charge des enfants ci-après :

Nom	Prénom	Né (e) le	Situation de l'enfant

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette présente déclaration, concernant la situation de mes enfants, sont exacts **et m'engage à aviser mon employeur de tout changement concernant ma situation** (en cas de divorce, séparation, joindre une copie des actes juridiques).

Fait à ..... le .....

Signature

**Documents à joindre impérativement**

- 1/ A partir de deux enfants : attestation de paiement de la CAF de moins de trois mois avec nom – prénom et date de naissance de chaque enfant pris en compte pour le calcul du SFT
- 2/ Justificatif de la charge effective de vos enfants s'ils ont plus de 16 ans (certificat de scolarité, contrat d'apprentissage, notification Pôle Emploi ou déclaration sur l'honneur de non activité).
- 3/ Attestation de la situation du conjoint ou concubin



**CONTROLE DU VERSEMENT DU  
SUPPLEMENT FAMILIAL DE  
TRAITEMENT (S.F.T.)**

**SITUATION DU CONJOINT**

Madame, Monsieur ..... certifie sur l'honneur :

- n'exercer aucune activité professionnelle
- exercer une activité professionnelle non salariée (profession libérale, artisan, commerçant, exploitant agricole, etc)
- ne pas bénéficier du versement du SFT par mon employeur (joindre une attestation de non versement du SFT à faire remplir par l'employeur de votre conjoint ou déclaration ci-après).

Fait à ..... le .....

Signature du conjoint ou concubin

**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT OU CONCUBIN**

Je soussigné : .....

Agissant en qualité de .....

Employeur de (Nom et Prénom) : .....

Depuis le .....

- déclare ne lui verser aucun supplément familial de traitement ou sursalaire à caractère familial.
- déclare lui verser un supplément familial de traitement ou sursalaire à caractère familial d'un montant mensuel, annuel de ..... pour les enfants suivants (nom et prénom) : .....

Fait à ..... le .....

Signature