

DEMANDE D'OCTROI OU DE RENOUVELLEMENT DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT 2025-2026

Afin de nous permettre d'examiner vos droits éventuels au Supplément Familial de Traitement, nous vous remercions de bien vouloir compléter cette attestation et d'en faire retour à votre Service RH

au plus tard le 31 octobre 2025 ou lors de votre arrivée

NOM :

PRENOM :

Service :

SITUATION FAMILIALE

☐ Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐ Marié(e) ☐ PACSé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Union Libre ☐ Veuf(ve)

INFORMATIONS CONCERNANT LE (LA) CONJOINT(E)

NOM :

PRENOM :

Votre conjoint est-il : Salarié ☐ OUI ☐ NON Secteur : ☐ PUBLIC ☐ PRIVE

Nom et adresse de l'employeur : *(attestation à compléter)*

Si votre conjoint(e) est employé(e) dans le secteur public, le couple désigne Madame ou Monsieur _____ pour percevoir le SFT.

INFORMATIONS CONCERNANT LES ENFANTS A CHARGE DE MOINS DE 20 ANS

Nom et Prénom de l'enfant à charge	Date de Naissance	Préciser la situation de l'enfant (scolarisé, apprenti, en formation, salarié ou à la recherche d'un emploi)

Je soussigné(e), _____, atteste sur l'honneur que l'ensemble des renseignements indiqués sur le présent imprimé sont bien exacts et sincères.

Je m'engage par ailleurs à prévenir immédiatement l'administration de tout changement intervenant dans ma situation familiale et professionnelle susceptible de modifier mes droits au Supplément Familial de Traitement, sachant que toute déclaration inexacte, incomplète ou tardive de ma part m'exposerait au remboursement des sommes indûment perçues.

Date et signature du bénéficiaire :

CERTIFICAT DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT OU DE L'EX-CONJOINT

**Attestation à remplir par l'employeur de votre conjoint ou ex-conjoint
exerçant une activité salariée publique ou privée.**

Je soussigné(e) : _____

Fonction exercée : _____

Nom de l'Administration ou de la Société : _____

Certifie que Monsieur / Madame : _____

Employé(e) dans notre société depuis le : _____

☐ Perçoit le Supplément Familial de Traitement ou un autre avantage à caractère familial depuis le : _____

Concernant les enfants suivants : _____

☐ Ne perçoit pas le Supplément Familial de Traitement ou un autre avantage à caractère familial,

☐ Ne perçoit plus le Supplément Familial de Traitement ou un autre avantage à caractère familial depuis le _____

☐ Bénéficie de _____ jours de garde d'enfant malade,

☐ Ne bénéficie pas de jours de garde pour enfant malade.

Fait à _____, le _____

Signature et cachet de l'entreprise

A retourner à votre Service RH le dossier complet accompagné des documents justificatifs :

→ En mairie OU par email à rh@fontaines-sur-saone.fr

PIECES A FOURNIR

<u>OUVRENT DROIT AU SFT</u>	<u>PIECES A FOURNIR</u>
Les enfants jusqu'à la fin de l'obligation scolaire (16 ans)	Livret de famille
Les jeunes de moins de 20 ans (sous réserve que leur rémunération n'excède pas 55% du SMIC soit 836.67€) qui : - Poursuivent des études - Sont placés en apprentissage, en stage de formation professionnelle ou titulaire d'un contrat conclu dans le cadre de la formation en alternance - Demandeurs d'emplois	Livret de famille Le certificat de scolarité Le contrat et une attestation de salaire L'attestation d'inscription à Pôle Emploi
Les agents divorcés et qui ont la charge effective d'un ou plusieurs enfant(s)	Photocopie du jugement de divorce précisant la garde des enfants ou attestation sur l'honneur signée des 2 parents