**Document n°2 – DEMANDE DE VERSEMENT DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS A CHARGE DE MOINS DE 20 ANS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM ET PRENOM** | **DATE DE NAISSANCE** | **LIEN DE PARENTE➀** | **SITUATION ➁** | **VIT-IL AVEC****VOUS ?** | **OBSERVATIONS** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

➀: Légitime - adoptif - enfant du conjoint ou du concubin …

➁ : Scolaire (école-collège-lycée) – apprenti – salarié dont la rémunération nette ne dépasse pas 55% du SMIC brut

**JUSTIFICATIFS A FOURNIR EN FONCTION DE LA SITUATION DES ENFANTS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AGE** | **SITUATION DE L’ENFANT** | **JUSTIFICATIFS** |
| **Enfant moins de 16 ans** | Considéré(e) comme « à charge » de droit | \_ |
| **Enfant âgé de****16 à 20 ans** | Scolaire/Etudiant | Certificat de scolarité ou contrat d’apprentissage |
| Apprenti | Copie du contrat d’apprentissage |
| En stage de formation professionnelle **\*** | Attestation de stage indiquant la rémunération perçue |
| Abandon de scolarité / sans activité professionnelle  | Toute attestation justifiant la situation et la charge effective de l’enfant (ex : attestation sur l’honneur du parent) |
| Demande d’emploi ou salarié | * Attestation POLE EMPLOI *(adresse domicile des parents)*
* Contrat de travail et bulletins de salaire
 |
| Enfant infirme, handicapé ou atteint d’une maladie chronique | * Certificat médical
* Attestation d’allocation d’éducation spéciale
 |
| Enfant vivant en concubinage ou marié ou ayant conclu un PACS | Cet enfant n’est plus considéré comme étant à charge  |

**Rappel** : **\*** L’enfant est considéré comme à charge, dès lors qu’il ne perçoit pas une rémunération nette supérieure à 55 % du SMIC brut ou une allocation (aide au logement APL ou ASL) de son propre chef.

**DECLARATION SUR L’HONNEUR**

**DECLARATION SUR L’HONNEUR *A compléter obligatoirement***

**DECLARATION SUR L’HONNEUR *A compléter obligatoirement***

**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).**

Je soussigné(e) (Prénom Nom)…………………………………………………………………………………certifie sur l’honneur que l’ensemble des renseignements portés sur le présent imprimé est exact et sincère.

Je m’engage par ailleurs à prévenir immédiatement et par écrit, mon 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.

A …………..……………………………, le ……………………………. Signature du demandeur :

**MENTIONS LEGALES CNIL**

Les informations recueillies font l’objet d’un traitement informatique destiné à la gestion administrative et financière de votre dossier. Les destinataires des données sont, dans la limite de leurs compétences : les services de gestion de l’administration centrale du ministère, des rectorats et des DSDEN, les services des directions régionales des finances publiques et les organismes de sécurité sociale et de prévoyance. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d’un droit d’accès et de rectification aux informations qui vs concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au : Recteur de l’académie de CAEN – Correspondant Informatique et Liberté- 168, Rue Caponière - BP 46184 - 14061 Caen cedex. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.