

Je soussigné(e)..... demande que le supplément familial de traitement soit versé à mon ex-conjoint(e).

1. Identification de l'agent public

Nom d'usage : Prénom :
 Nom de famille : Date de naissance :
 Grade : Discipline :

2. Identification de l'ex conjoint(e) ayant la charge des enfants

Nom d'usage : Prénom :
 Nom de famille : Date de naissance :
 INSEE : / _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ _ / _ _ _ / _ _ /
 Adresse personnelle :
 Profession :

 Téléphone :

- **Joindre le relevé d'identité bancaire** (format BIC IBAN) au nom et prénom de l'ex conjoint(e) à qui le SFT doit être reversé
- **Joindre une demande de cession manuscrite** de l'ex-conjoint(e)

3. Identification du ou des enfants à la charge de l'ex conjoint(e)

NOM ET PRENOM	DATE DE NAISSANCE

Fait à, le.....
 Signature de l'agent public