

Je soussigné(e)..... demande à recevoir le complément de supplément familial de traitement par l'administration de mon ex-conjoint(e) (Rectorat, DSDEN ou Université)

1. Identification de l'agent public (qui n'a pas la garde des enfants et qui est rémunéré par le Rectorat / DSDEN)

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

2. Identification de l'ex conjoint(e) (qui a la garde des enfants et demande à recevoir le complément de SFT)

Nom d'usage : Prénom :
 Nom de famille : Date de naissance :
 INSEE : / _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ /
 Indice de rémunération majoré (INM) :

- Joindre une copie de bulletin de salaire de moins de 3 mois
- Demande manuscrite de l'agent public qui en fait la demande à son service gestionnaire

Adresse personnelle :
 Profession :
 Téléphone :

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