

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ATTRIBUTION DU  
SUPPLÉMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT  
ARRIVÉE DGAC OU (NOUVELLE) PRISE EN COMPTE D'UN ENFANT  
(ANNEXE 1)**

**DÉCLARATION SUR L'HONNEUR**

**INFORMATIONS CONCERNANT L'AGENT :**

Nom : .....Prénom : .....Né(e) le : .....

Adresse : .....

Service : .....

Situation familiale\* : Célibataire , Vie maritale , Marié(e) , PACSé(e) , Divorcé(e) , Veuf(ve)

*\*(En cas de changement de situation familiale, merci de bien vouloir compléter le formulaire dédié)*

**INFORMATIONS CONCERNANT LE (LA) CONJOINT(E) :**

Nom : ..... Prénom : .....

Nom et adresse de l'employeur : .....

Employeur : Privé , Public (ou financé à plus de 50% par des fonds publics)

- Si votre conjoint(e) est employé(e) dans le secteur public, vous voudrez bien fournir la déclaration commune de choix d'allocataire (Annexe 3) **ET** l'attestation de versement ou de non versement de SFT (Annexe 4) complétées par son employeur en sus des pièces demandées ci-après.
- Si votre conjoint(e) est sans activité ou exerce une activité non salariée, vous voudrez bien fournir l'attestation sur l'honneur (Annexe 5) complétée en sus des pièces demandées ci-après.

**INFORMATIONS CONCERNANT LES ENFANTS À CHARGE OU DONT IL EST LE PARENT :**

NOM ET PRÉNOM DES ENFANTS	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ (1)	ENFANT A CHARGE OU NON (2)	SITUATION (3)	PERÇOIT-IL UNE AIDE AU LOGEMENT ?

(1) : légitime (issu du mariage des époux ou de l'un des deux), naturel, adopté, recueilli, enfant du conjoint ou concubin.

(2) : Enfant à charge : OUI - Enfant non à charge : NON

(3) : moins de 16 ans, collégien, lycéen, étudiant, apprenti, salarié (dont la rémunération ne dépasse pas 55% du SMIC horaire x 169).

**RAPPEL :** La non production des pièces demandées entraîne automatiquement le non versement du supplément familial de traitement.

L'administration peut contrôler, à l'aide de tout moyen de preuve que le supplément familial reste dû.

Il vous est donc indiqué que toute attribution indue de supplément familial de traitement donnera lieu à un reversement obligatoire de votre part.

Je soussigné(e)..... sollicite le versement du supplément familial de traitement et atteste que mon conjoint ne le perçoit pas. Je certifie sur l'honneur que les renseignements fournis sur ce questionnaire sont exacts et **je m'engage à signaler immédiatement tout changement modifiant cette déclaration sans attendre la prochaine enquête annuelle.**

Date et signature de l'agent :

**Page 1 sur 2**



**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ATTRIBUTION DU  
SUPPLÉMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT  
ARRIVÉE DGAC OU (NOUVELLE) PRISE EN COMPTE D'UN ENFANT  
(ANNEXE 1)  
DÉCLARATION SUR L'HONNEUR**

**PIÈCES À JOINDRE À L'APPUI DE LA PRÉSENTE ATTESTATION :**

- Copie du livret de famille,
- Dans le cas d'une séparation par divorce : copie du jugement de divorce (ou ordonnance de non conciliation) et attestation de paiement de la CAF (à partir de 2 enfants et au-delà),
- Dans le cas d'une séparation autre : attestation sur l'honneur (annexe 9) et avis d'imposition et attestation de paiement de la CAF (à partir de 2 enfants et au-delà),
- Dans le cas où l'enfant est l'enfant du conjoint : preuve de vie commune, livret de famille de l'enfant et copie du jugement de divorce (ordonnance de non conciliation ou autre) et attestation de paiement de la CAF (à partir de 2 enfants et au-delà),
- Si l'enfant à plus de 16 ans : Joindre l'annexe 2

**SITUATION DES ENFANTS À CHARGE ÂGÉS DE 16 À 20 ANS  
(ANNEXE 2)  
REEMPLIR UNE FICHE PAR ENFANT DE PLUS DE 16 ANS**

De 16 à 20 ans, l'enfant est considéré comme à charge s'il ne perçoit pas une rémunération nette mensuelle supérieure à 55% du SMIC horaire brut x 169, une allocation de son propre chef (ALS ou APL) ou s'il ne vit pas en couple (mariage, PACS, concubinage).

**INFORMATIONS CONCERNANT L'AGENT :**

Nom : .....Prénom : .....Né(e) le : .....

Adresse : .....

Service : .....

**INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT À CHARGE :**

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .....

**SITUATION DE L'ENFANT À CHARGE : (cocher la case correspondant à la situation)**

- Poursuivant ses études (rappel : cet enfant ne doit pas bénéficier d'aide au logement (APL ou ALS))  
→ Joindre un certificat de scolarité.
- Placé en apprentissage → Joindre une copie du contrat d'apprentissage.
- En stage de formation professionnelle → Joindre une attestation de l'organisme responsable du stage de formation professionnelle indiquant la durée, le type et rémunération.
- Infirmes, handicapés ou atteints d'une maladie chronique → Joindre une attestation indiquant que cet enfant ouvre droit à l'allocation d'éducation spéciale ou un certificat médical attestant l'état de santé de votre enfant.
- Enfant salarié avec rémunération nette mensuelle qui n'excède pas 55% du SMIC horaire brut x 169 → Joindre un bulletin de salaire ou un avis de paiement Pôle emploi le cas échéant.
- Enfant n'entrant pas dans l'une des catégories énumérées, ci-dessus, et âgé de moins de 20 ans → Joindre une attestation justifiant de sa situation (Annexe 8).
- Enfant vivant en concubinage ou marié ou ayant conclu un pacte civil de solidarité. Cet enfant n'est plus considéré comme étant à votre charge au sens du Code de la sécurité sociale.

**RAPPEL :** La non production des pièces demandées entraîne automatiquement le non versement du supplément familial de traitement.

L'administration peut contrôler, à l'aide de tout moyen de preuve que le supplément familial reste dû.

Il vous est donc indiqué que toute attribution indue de supplément familial de traitement donnera lieu à un reversement obligatoire de votre part.

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce document sont exacts et **je m'engage à signaler immédiatement tout changement modifiant cette déclaration sans attendre la prochaine enquête annuelle.**

Date et signature de l'agent :



**DÉCLARATION COMMUNE DE CHOIX D'ALLOCATAIRE EN VUE DE L'ATTRIBUTION  
DU SFT (ANNEXE 3)  
DANS LE CAS D'UN COUPLE D'AGENTS PUBLICS**

Madame, Monsieur (1):.....est désigné(e) pour ouvrir le droit au Supplément Familial de Traitement.

(1) *Rayer la mention inutile*

<b>SITUATION FAMILIALE</b>	
<b>AGENT</b>	<b>CONJOINT (OU EX-CONJOINT)</b>
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Date de naissance : .....	Date de naissance : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
Code postal : .....	Code postal : .....
Ville : .....	Ville : .....

<b>SITUATION PROFESSIONNELLE</b>	
<b>AGENT</b>	<b>CONJOINT (OU EX-CONJOINT)</b>
Grade : .....	Grade : .....
Affectation : .....	Affectation : .....
Nom et adresse de l'employeur : .....	Nom et adresse de l'employeur : .....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

<b>DÉCLARATION SUR L'HONNEUR</b>	
<b>Je m'engage à signaler tous les changements modifiant la présente déclaration.</b>	
Fait à....., le.....	
Signature obligatoire de l'agent :	Signature obligatoire du conjoint (ou ex-conjoint) :

**ATTESTATION DE VERSEMENT OU DE NON VERSEMENT DE SFT AU CONJOINT  
OU EX-CONJOINT (ANNEXE 4)  
À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR PUBLIC DU CONJOINT OU EX-CONJOINT**

**INFORMATIONS CONCERNANT L'AGENT :**

Nom : .....Prénom : .....Né(e) le : .....

Adresse : .....

Service : .....

**INFORMATIONS CONCERNANT LE (LA) CONJOINT(E) (à remplir par l'employeur public du conjoint) :**

Je soussigné(e), (Nom, Prénom, Qualité) : .....

Administration (Nom et adresse) : .....

Certifie que Monsieur – Madame (1) : .....

Grade : .....

(2)  **Perçoit** de notre part un supplément familial de traitement depuis le .....

**CONCERNANT LE OU LES ENFANT(S) À CHARGE :**

NOM ET PRÉNOM DES ENFANTS À CHARGE (enfants de l'agent ou du conjoint)	DATE DE NAISSANCE	SITUATION (Scolarisé, apprenti, en formation, salarié, recherche d'emploi)

(2)  **Ne perçoit pas** de notre part un supplément familial de traitement.

(1) *Rayer la mention inutile*  
(2) *Cocher la case intéressée*

Fait à ....., le .....

Cachet et Signature de l'autorité délivrant l'attestation :



**SITUATION DE VOTRE CONJOINT(E) OU EX-CONJOINT(E)  
SANS ACTIVITÉ OU EXERÇANT UNE ACTIVITÉ NON SALARIÉE (ANNEXE 5)  
ATTESTATION À REMPLIR PAR VOTRE CONJOINT(E) OU EX-CONJOINT(E)**

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné(e), Madame, Monsieur : .....

**Déclare sur l'honneur :**

Exercer une activité libérale en qualité de : .....

Depuis le : .....

(Veuillez apposer votre tampon professionnel auprès de votre signature).

Être artisan, commerçant ou exploitant agricole (1), depuis le : .....

(Veuillez apposer votre tampon professionnel auprès de votre signature).

(1) *Rayer la mention inutile*

N'exercer aucune activité professionnelle depuis le :

.....

Et m'engage à avertir le service gestionnaire de mon conjoint(e) ou ex-conjoint(e) de tout changement de ma situation professionnelle.

**Veillez fournir obligatoirement les documents correspondant à votre situation :**

- Vous êtes étudiant : une copie de la carte d'étudiant,
- Vous êtes père ou mère au foyer : une copie de l'avis d'imposition faisant apparaître votre absence de ressources,
- Vous êtes en congé parental : un document de votre employeur attestant votre situation,
- Vous êtes au chômage : une attestation Pôle emploi de moins de 3 mois,
- Vous êtes retraité : une copie de votre arrêté de mise à la retraite ou un relevé de pension,
- Vous êtes dans une situation autre que celles énumérées : un document officiel.

RAPPEL : La non production des pièces demandées entraîne automatiquement le non versement du supplément familial de traitement.

L'administration peut contrôler, à l'aide de tout moyen de preuve que le supplément familial reste dû.

Il vous est donc indiqué que toute attribution indu de supplément familial de traitement donnera lieu à un reversement obligatoire de votre part.

**Je m'engage à signaler immédiatement tout changement modifiant cette déclaration sans attendre la prochaine enquête annuelle**

Fait à....., le.....

Signature (et tampon professionnel le cas échéant) :



**CESSION DU SFT À L' EX-CONJOINT N'APPARTENANT PAS  
À LA FONCTION PUBLIQUE (ANNEXE 6)**

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

**INFORMATIONS CONCERNANT L'AGENT :**

Nom : .....Prénom : .....Né(e) le : .....

Adresse : .....

Service : .....

**INFORMATIONS CONCERNANT L'EX-CONJOINT(E) ayant la charge des enfants :**

Nom : .....

Prénom : .....

Profession : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... Mail : .....

**Veillez fournir obligatoirement les documents suivants :**

- Le relevé d'identité bancaire (format BIC IBAN) de l'ex-conjoint(e) à qui le SFT va être reversé,
- Un justificatif de domicile récent de l'ex-conjoint(e) à qui le SFT va être reversé.
- 

**Tout changement doit immédiatement être porté à la connaissance de votre service gestionnaire.**

**CONCERNANT LE OU LES ENFANT(S) À CHARGE DE L'EX-CONJOINT(E) SUIVANT(S) :**

NOM ET PRÉNOM DES ENFANTS À CHARGE (enfants de l'agent ou du conjoint)	DATE DE NAISSANCE	SITUATION (Scolarisé, apprenti, en formation, salarié, recherche d'emploi)

Fait à....., le.....

Signature:

**DEMANDE DE COMPLÉMENT DE SFT À LA DGAC  
DANS LE CAS D'UN COUPLE SÉPARÉ D'AGENTS PUBLICS (ANNEXE 7)  
À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR PUBLIC DE L'EX-CONJOINT**

Je soussigné(e)..... demande à recevoir le complément de supplément familial de traitement par l'administration de mon ex-conjoint(e) (DGAC).

**INFORMATIONS CONCERNANT L'AGENT** (qui n'a pas la garde des enfants et qui est rémunéré par la DGAC) :

Nom : .....Prénom : .....Né(e) le : .....

Adresse : .....

Service : .....

**INFORMATIONS CONCERNANT L'EX-CONJOINT(E)** (à remplir par l'employeur public de l'ex-conjoint(e)) :

Je soussigné(e), (Nom, Prénom, Qualité) : .....

Administration (Nom et adresse) : .....

Certifie que Monsieur – Madame (1) : .....

Grade, indice majoré : .....

Perçoit un supplément familial de traitement brut de : .....

→ Joindre le dernier bulletin de salaire de l'agent.

**CONCERNANT LE OU LES ENFANT(S) À CHARGE :**

NOM ET PRÉNOM DES ENFANTS À CHARGE (enfants de l'agent ET de l'ex- conjoint)	DATE DE NAISSANCE	SITUATION (Scolarisé, apprenti, en formation, salarié, recherche d'emploi)

Fait à....., le.....

Cachet et Signature de l'autorité délivrant l'attestation :





SITUATION DE VOTRE ENFANT  
(ANNEXE 8)  
ATTESTATION À REMPLIR PAR L'AGENT

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), Madame, Monsieur : .....

**Déclare sur l'honneur :**

Que l'enfant (Nom, Prénom, Date de naissance) : .....

N'entre pas dans l'une des situations énumérées à l'annexe 2 mais demeure à ma charge.

→ Joindre obligatoirement votre dernier avis d'imposition.

RAPPEL : La non production des pièces demandées entraîne automatiquement le non versement du supplément familial de traitement.

L'administration peut contrôler, à l'aide de tout moyen de preuve que le supplément familial reste dû.

Il vous est donc indiqué que toute attribution induue de supplément familial de traitement donnera lieu à un reversement obligatoire de votre part.

**Je m'engage à signaler immédiatement tout changement modifiant cette déclaration sans attendre la prochaine enquête annuelle**

Fait à....., le.....

Signature de l'agent

SITUATION FAMILIALE  
(ANNEXE 9)  
ATTESTATION À REMPLIR PAR L'AGENT

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), Madame, Monsieur : .....

**Déclare sur l'honneur :**

Que je suis séparé(e) du parent de l'enfant ou des enfants suivant : (Nom(s), Prénom(s), Date(s) de naissance)

.....  
.....

par l'un des cas suivant : dissolution de pacs, rupture de vie commune autre que le divorce.

Et que ce(s) dernier(s) demeure(nt) à ma charge exclusive.

→ Joindre obligatoirement votre dernier avis d'imposition.

RAPPEL : La non production des pièces demandées entraîne automatiquement le non versement du supplément familial de traitement.

L'administration peut contrôler, à l'aide de tout moyen de preuve que le supplément familial reste dû.

Il vous est donc indiqué que toute attribution indue de supplément familial de traitement donnera lieu à un reversement obligatoire de votre part.

**Je m'engage à signaler immédiatement tout changement modifiant cette déclaration sans attendre la prochaine enquête annuelle**

Fait à....., le.....

Signature de l'agent