Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

académie Créteil
RÉGION ACADÉMIQUE
ÎLE-DE-FRANCE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION

Rectorat

Coordination académique de la paye

Affaire suivie par
Pauline BUFERNE
Mél : paye@ac-creteil.fr

4 rue Georges Enesco
94010 Créteil cedex
www.ac-creteil.fr

Créteil, le 21 août 2018

Le recteur de l'académie de Créteil

à

Mesdames et Monsieur les inspecteurs d'académie - directeurs académiques des services de l'éducation nationale de Seine et Marne, de Seine Saint Denis et du Val de Marne ;

Mesdames et Messieurs les chefs d'établissement du second degré ;

Mesdames et Messieurs les chefs de division et de bureau en charge de la gestion de la paye des personnels académiques

Circulaire n° 2018-069

Objet : Paiement du supplément familial de traitement (SFT) dans l'académie de Créteil.

Références:
- **Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires**
- **Décret n° 85-1148 du 24 octobre 1985 modifié, relatif à la rémunération des personnels civils et militaires de l'Etat, des personnels des collectivités territoriales et des personnels des établissements publics d'hospitalisation.**
- **Circulaires FP 7 n° 1958 et 2B n° 99-692 du 9 août 1999 relatives aux modalités de calcul et de versement du SFT.**

PJ (dossier de demande de SFT):
- **Liste de pièces à joindre obligatoirement**
- **Renseignements concernant les enfants**
- **Déclaration commune de choix en vue de l'attribution du SFT**
- **Attestation d'activité non salariée du conjoint**
- **Certificat de l'employeur du conjoint**
- **Attestation de reversement**
- **Attestation de vie non maritale**

Le supplément familial de traitement est un élément de traitement à caractère familial attribué aux agents publics, titulaires, stagiaires ou contractuels ayant au moins un enfant à charge au sens des prestations familiales (charge effective et permanente).

Il est ouvert à raison d'un seul droit par enfant et versé à l'agent sous réserve que son (ex-) conjoint ou (ex-) concubin, si celui-ci est rémunéré sur des fonds publics, ne perçoive pas de son employeur un avantage de même nature.

Le SFT est versé à partir du 1er jour du mois suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont remplies. Exemple : pour un enfant né le 13 octobre, le SFT sera versé à compter du mois de novembre.
Le versement cesse au 1er jour du mois au cours duquel les conditions ne sont plus remplies.

Le SFT comprend un élément fixe et un élément proportionnel au traitement brut qui varie en fonction du nombre d'enfants à charge.

Nombre d'enfants	Elément fixe	Elément proportionnel
1 enfant	2,29€	
2 enfants	10,67€	3% du traitement indiciaire
3 enfants	15,24€	8% du traitement indiciaire
Par enfant en plus	4,57€	6% du traitement indiciaire

Le montant du SFT qui peut être versé est encadré par un taux plancher et un taux plafond.

	Indice brut	Indice majoré
Taux plancher	524	449
Taux plafond	879	717

1- Demande de SFT

La demande de SFT doit être faite :
- par les personnes nouvellement nommées dans l'académie
- à l'occasion de la naissance ou de l'adoption d'un enfant – il convient de remplir un dossier dès le premier enfant.

Le support de cette demande est le dossier joint à cette circulaire, qui doit être scrupuleusement rempli et complété par les justificatifs adéquats.

L'étude du droit au SFT et la mise en paiement sont assurées par les services gestionnaires de personnels au rectorat et en DSDEN selon le corps et le grade de l'agent.

2- Dispositif de contrôle du versement du SFT

a - L'allocataire du SFT doit impérativement signaler à l'administration tout changement dans sa situation personnelle susceptible de modifier ses droits.

b- L'administration est en droit de demander à tout moment une pièce justificative mise à jour à l'agent (certificat de scolarité du ou des enfants, documents d'état civil, jugement de divorce, attestation de l'employeur du conjoint…). A défaut de fourniture de cette pièce dans les délais, le versement du SFT sera interrompu.

Rappel des règles concernant les enfants de 16 à 20 ans

Le SFT est supprimé à partir du 1er jour du mois au cours duquel l'enfant atteint l'âge de 20 ans. Exemple : fin du versement à partir du 1er juin pour un enfant ayant 20 ans le 27 juin.

- Enfants de 16 à 20 ans poursuivant leurs études

La production par l'agent des certificats de scolarité est obligatoire.

- Enfants de 16 à 20 exerçant une activité rémunérée dans le cadre ou non de ses études

L'enfant ayant une activité lui procurant une activité mensuelle supérieure à 55% du SMIC n'est plus considéré comme étant à charge de l'agent.

L'agent doit produire les éventuels contrats d'apprentissage et conventions de stage pour vérification des conditions financières.

- Enfants de 16 à 20 ans ayant abandonné leur scolarité et demeurant sans activité

Une attestation doit justifier cette situation.

Pour le Recteur et par délégation
le Secrétaire Général Adjoint de l'académie de Créteil
Directeur des Relations et des Ressources Humaines

Julien MOISSETTE

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

Afin d'établir vos droits au Supplément Familial de Traitement (SFT) vous devez faire parvenir à votre service gestionnaire au Rectorat ou en DSDEN les documents suivants :

DANS TOUTES LES SITUATIONS

► Copie intégrale du livret de famille

► Fiche de renseignements concernant les enfants

► Attestation CAF de moins de trois mois indiquant le nom de tous les allocataires ainsi que le nom des enfants à charge (pour deux enfants et plus)

SELON VOTRE SITUATION ET NOTAMMENT

► Déclaration commune du choix de l'allocataire si votre conjoint peut prétendre au SFT (il est fonctionnaire ou rémunéré par des fonds publics)

► Certificat de l'employeur de votre conjoint ou ex-conjoint si celui-ci exerce une activité salarié

► Attestation d'activité non salarié si votre conjoint ou ex-conjoint est sans activité ou exerce une activité non salariée (entrepreneur, profession libérale etc)

► Certificat de scolarité ou autre document précisant la situation de l'enfant de plus de 16 ans

► Toute pièce fixant de la garde effective des enfants (jugement de divorce, décision du tribunal …….)

Le service gestionnaire de paye peut vous demander tout autre document ou complément d'information estimé nécessaire à l'étude de votre dossier avant mise en paiement.

Par la suite et à tout moment, un nouveau document ou un document actualisé peut vous être demandé à des fins de contrôle.

académie Créteil
RÉGION ACADÉMIQUE ÎLE-DE-FRANCE
MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION
Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Déclaration commune de choix de l'allocataire

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

SITUATION FAMILIALE	
AGENT	**CONJOINT**
Nom : ….....	Nom : ….....
Prénom : ….....	Prénom : ….....
Date de naissance : ….....	Date de naissance : ….....
N° de sécurité sociale : ….....	N° de sécurité sociale : ….....
Adresse : ….....	Adresse : ….....
….....	….....
Code postal : ….....	Code postal : ….....
Ville : ….....	Ville : ….....

☐Marié(e) ☐En concubinage ☐Lié(e) par un PACS

Depuis le : ……

SITUATION PROFESSIONNELLE	
AGENT	**CONJOINT**
Grade : ….....	Profession ou grade + discipline si fonctionnaire : ….....
Discipline : ….....	Nom et adresse de l'employeur : ….....
Service payeur académique:	….....
☐ Rectorat ☐ DSDEN (préciser le département) : ……..	….....

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur la présente demande, ainsi que les documents joints, sont exacts et sincères.

Je m'engage à signaler tous les changements modifiant la présente déclaration.

Fait à …..... le …....

Signature obligatoire de l'agent **Signature obligatoire du conjoint (ou ex conjoint)**

(1) Rayer la mention inutile

RÉGION ACADÉMIQUE ÎLE-DE-FRANCE
MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION
Liberté • Égalité • Fraternité

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS

ENFANTS A CHARGE AU SENS DES PRESTATIONS FAMILIALES (charge effective et permanente) - énumérés dans l'ordre chronologique des naissances -					
Nom et prénom	**Date de naissance**	**Lien de parenté (1)**	**L'enfant vit-il avec vous ? (2)** **Oui / non**	**Perçoit-il une aide au logement** **Oui / non**	**Situations à préciser (3)**

(1) Mentionner le cas échéant, s'il s'agit de petit-fils ou petite-fille, frère ou sœur, neveu ou nièce.

(2) Un enfant en pension dans un établissement scolaire est considéré comme résidant dans la famille.

(3) Elève, étudiant, apprentissage, stage de formation professionnelle, contrat de qualification, étudiant salarié, activité salariée inférieure à 55% du S.M.I.C, sans activité professionnelle, demandeur d'emploi indemnisé ou non indemnisé, handicapé.

Je soussigné(e) ……certifie exacte la présente déclaration et m'engage à faire connaître immédiatement toute modification dans ma situation de famille susceptible d'amener un changement dans la nature des avantages familiaux auxquels je peux prétendre.

Fait à ……..,le : ……Signature de l'allocataire:

académie Créteil
RÉGION ACADÉMIQUE ÎLE-DE-FRANCE
MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION
Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ATTESTATION

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

CERTIFICAT DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT(E) OU EX CONJOINT(E)

Je soussigné(e) : ….....

Fonction exercée : ….....

Nom de la société, ou raison sociale : ….....

Certifie que Madame, Monsieur (1) : ….....

employé(e) en qualité de : ….....

depuis le : ….....

☐ ne perçoit pas le supplément familial de traitement ou un autre avantage à caractère familial au titre des enfants à charge

☐ perçoit le supplément familial de traitement ou un autre avantage à caractère familial (préciser) au titre des enfants à charge depuis le ….....

Pour les enfants :

NOM	PRENOM

Fait à ….....le ….....

Signature et tampon de l'employeur

académie Créteil
RÉGION ACADÉMIQUE ÎLE-DE-FRANCE
MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION
Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ATTESTATION

ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE VIE NON MARITALE

A remplir si vous vivez seul(e)

Je soussigné(e) Madame, Monsieur [1] ……

Déclare sur l'honneur vivre seul(e) : (ni marié(e), ni en concubinage, ni vie maritale, ni PACS), et élever seul(e), mon (ou mes) enfant(s) depuis le ……

Inscrire le(s) nom(s) et prénom(s) (des) enfant(s) à charge :

- ……
- ……
- ……
- ……
- ……
- ……

ET

Que je n'ai plus de contact avec le père ou la mère du ou des enfants concerné(s).

Je m'engage sur l'honneur à avertir immédiatement mon service gestionnaire du rectorat de Créteil, de tout changement dans ma situation familiale.

Fait à …… le ……

Signature

[1] Rayer la mention inutile

ATTESTATION DE REVERSEMENT DU SFT A L'EX-CONJOINT(E) APRES SEPARATION OU DIVORCE

L'attestation doit obligatoirement être remplie par les deux ex-conjoints.

Je soussigné(e).....demande que le supplément familial de

traitement soit versé à mon ex-conjoint(e) :

Nom : ….....

Prénom : ….....

Grade : ….....Discipline : .....

Employeur : ☐ RECTORAT

☐ DSDEN (indiquer le département) ……

Concernant les enfants :

NOM Prénom :……

NOM Prénom :……

NOM Prénom :……

NOM Prénom :……

Fait à ……..le

Signature de l'allocataire

Fait à ……..le

Signature de l'ex conjoint

académie Créteil
RÉGION ACADÉMIQUE ÎLE-DE-FRANCE
MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION
Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Attestation

Attestation à remplir par votre conjoint(e) **ou ex-conjoint(e)**
sans activité ou exerçant une activité non salariée

Je soussigné(e) Madame, Monsieur (1) ….....

déclare :

☐ exercer une activité libérale en qualité de ….....

depuis le ….....

(Veuillez apposer votre tampon professionnel auprès de votre signature)

☐ être artisan, auto entrepreneur, commerçant ou exploitant agricole, depuis le.....

et de ce fait ne pas percevoir de supplément familial de traitement

(Veuillez apposer votre tampon professionnel auprès de votre signature)

☐ n'exercer aucune activité professionnelle depuis le ….....

VEUILLEZ JOINDRE UN JUSTIFICATIF DE VOTRE SITUATION : relevé de situation Pôle Emploi, extrait Kbis pour une société inscrite au registre du commerce et des sociétés, attestation URSSAF si profession libérale etc.

Je m'engage sur l'honneur à signaler tout changement modifiant la présente déclaration.

Fait à ....., le ….....

Signature,

(1) Rayer la mention inutile