

Pièce n°4 : DECLARATION COMMUNE DE CHOIX DE L'ALLOCATAIRE

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

| SITUATION FAMILIALE | |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| <u>AGENT</u> | <u>CONJOINT ou EX-CONJOINT</u> |
| 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 Séparé(e) Divorcé(e)
Depuis le :

| SITUATION PROFESSIONNELLE | |
|---|---|
| <u>AGENT</u> | <u>CONJOINT ou EX-CONJOINT</u> |
| Grade : | Profession ou grade + discipline si fonctionnaire : |
| Discipline : | Nom et adresse de l'employeur : |
| Service payeur académique: <input type="checkbox"/> Rectorat <input type="checkbox"/> DSDEN (préciser le département) : | |
| DECLARATION SUR L'HONNEUR | |
| Je soussigné(e), certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur le présent document 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