

ENFANTS :

NOM-PRÉNOM	Date de naissance	SITUATION (Études, apprentissage)

Le/La conjoint(e) perçoit-il/elle le supplément familial de traitement ? OUI NON

ADRESSE PERSONNELLE :

Numéro, nature (rue, bvd, avenue, ...) et nom de la voie :

Code Postal : _____ Ville : _____

Pays : _____

Mail personnel : _____ @ _____

Téléphone portable : _____ Téléphone fixe : _____

SITUATION MILITAIRE/SERVICE UNIVERSEL :

Service volontaire Exempté ou dispensé Réformé JAPD
 Service civique Autres (précisez) : _____

Date ou période concernée : _____

PIÈCES À JOINDRE

La production de ces documents conditionne le versement de la première paye

Avant le 31 juillet 2025

- Notice individuelle ci-jointe complétée
- Copie de votre carte d'identité recto-verso (à défaut votre passeport)
- Copie de la carte vitale recto
- Relevé d'Identité Bancaire compte courant (mentionnant votre nom et prénom en entier) – En cas de nom de famille différent sur le RIB, joindre un justificatif
- Si concerné, un justificatif attestant de votre situation familiale (livret de famille, contrat de mariage, attestation de PACS, etc)
- Formulaire de demande de remboursement forfaitaire des cotisations de protection sociale complémentaire - PSC (si vous êtes souscripteur d'une complémentaire de santé)
- Pour bénéficier du supplément familial de traitement (1 ou plusieurs enfants) :
 - 1 enfant : acte de naissance de l'enfant + attestation de non perception du SFT de la part de l'employeur de votre conjoint(e)
 - 2 enfants ou plus : acte de naissance des enfants + attestation de non perception du SFT de la part de l'employeur de votre conjoint(e) + attestation de paiement CAF
- RQTH : Copie de la notification en cours de validité (uniquement pour les personnels concernés)

ÉMARGEMENT :

Je soussigné(e), _____, certifie exacts les renseignements portés ci-dessus et m'engage à signaler toute modification au service gestionnaire.

À :

Le :

Signature :