



**LYCÉE DES MÉTIERS
JEAN-MARIE MICHOTTE**
Maintenance Automobile et Industrielle



**RÉGION ACADÉMIQUE
GUYANE**
*Liberté
Égalité
Fraternité*

**DEMANDE DE RECONDUCTION DU
VERSEMENT DU SUPPLEMENT
FAMILIAL DE TRAITEMENT (S.F.T.)**

Nom : Prénom :

Emploi : AED
 AESH

Lieu d'affectation :

Etablissement :
.....
.....

Déclare sur l'honneur avoir la charge des enfants ci-après :

Nom	Prénom	Né (e) le	Situation de l'enfant

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette présente déclaration, concernant la situation de mes enfants, sont exacts et **m'engage à aviser mon employeur de tout changement concernant ma situation** (en cas de divorce, séparation, joindre une copie des actes juridiques).

Fait à le
Signature

Documents à joindre impérativement

- 1/ A partir de deux enfants : attestation de paiement de la CAF de moins de trois mois avec nom – prénom et date de naissance de chaque enfant pris en compte pour le calcul du SFT
- 2/ Justificatif de la charge effective de vos enfants s'ils ont plus de 16 ans (certificat de scolarité, contrat d'apprentissage, notification Pôle Emploi ou déclaration sur l'honneur de non activité).
- 3/ Attestation de la situation du conjoint ou concubin



**LYCÉE DES MÉTIERS
JEAN-MARIE MICHOTTE**
Maintenance Automobile et Industrielle



**RÉGION ACADÉMIQUE
GUYANE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**CONTROLE DU VERSEMENT DU
SUPPLEMENT FAMILIAL DE
TRAITEMENT (S.F.T.)**

SITUATION DU CONJOINT

Madame, Monsieurcertifie sur l'honneur :

- N'exercer aucune activité professionnelle
- Exercer une activité professionnelle non salariée (profession libérale, artisan, commerçant, exploitant agricole, etc.)
- Ne pas bénéficier du versement du SFT par mon employeur (joindre une attestation de non versement du SFT à faire remplir par l'employeur de votre conjoint ou déclaration ci-après).

Fait à Le

Signature du conjoint ou concubin

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT OU CONCUBIN

Je soussigné :

Agissant en qualité de

Employeur de (Nom et Prénom) :

Depuis le

Déclare ne lui verser aucun supplément familial de traitement ou sursalaire à caractère familial.

Déclare lui verser un supplément familial de traitement ou sursalaire à caractère familial d'un montant mensuel,

Annuel de Pour les enfants suivants (nom et prénom)

.....

Fait à Le

Signature