

Beauvais, le 13 novembre 2014

Le Directeur Académique des Services
Départementaux de l'Education Nationale

à

Mesdames et Messieurs les professeurs des
écoles (pour attribution)

Mesdames et Messieurs les directeurs des
écoles du premier degré public (pour attribution)

Mesdames et Messieurs les Inspectrices et
Inspecteurs de l'Education Nationale (pour
information)

Objet : Contrôle des conditions de versement du supplément familial de traitement (SFT) pour l'année scolaire 2014/2015 et questionnaire sur les autorisations d'absence pour soins à enfants malades pour l'année civile 2015 dans le cadre de la plateforme interdépartementale de gestion du 1^{er} degré public.

**Division de la Gestion des
Personnels**

Dossier suivi par :
Corentin DUBRULLE
Romain DELARUELLE

Tél. 03.44.06.45.50
03.60.36.40.58
Fax : 03.44.48.67.25
Mél : ce.dgp60@ac-amiens.fr

22, avenue Victor Hugo
60025 BEAUVAIS CEDEX

Les éléments relatifs à l'attribution du SFT et des autorisations d'absence pour soins à enfants malades sont soumis à un contrôle annuel.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir compléter les imprimés ci-joints et de nous les retourner accompagnés des pièces justificatives avant le 24 décembre 2014 par mail (ce.dgp60@ac-amiens.fr) ou par voie postale à l'adresse ci-contre : Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale de l'Oise- DGP- 22 avenue Victor Hugo- 60025 BEAUVAIS CEDEX.

En ce qui concerne le SFT, je vous informe que sans réponse de votre part, mes services procéderont à l'interruption du paiement de cette prestation sur la paie du mois de février 2015.

Je vous invite également à joindre, en plus du document relatif au contrôle du SFT, un certificat de scolarité pour chaque enfant scolarisé entre seize et vingt ans.

Je vous rappelle que tout changement de la situation familiale ou de l'activité professionnelle du conjoint, susceptible de modifier les conditions d'attribution du SFT doit être signalé.

De même, toute fausse déclaration fera l'objet d'une reprise du SFT avec effet rétroactif.

Mes services restent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Pour l'Inspectrice d'Académie – DASEN,
Et par subdélégation,
La Secrétaire Générale

Carine DECOLASSE-TOMCZAK



SITUATION PROFESSIONNELLE DU CONJOINT

DEPARTEMENT D'AFFECTATION :

Votre conjoint exerce une activité professionnelle :

ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT

Je soussigné(e).....

certifie que M. Mme.....

conjoint de M. Mme.....

est employé(e) depuis le.....

et :

- ne perçoit pas d'avantage familial particulier (1)
 - perçoit le supplément familial de traitement accordé aux agents de la fonction publique(1)
 - perçoit un avantage familial appelé :(1)
- pour les enfants suivants (date de naissance) :

Cachet de l'employeur

Fait à

, le

(1) rayer la mention inutile

Votre conjoint n'exerce pas d'activité professionnelle ou exerce une profession libérale ou à domicile :

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) M, Mme.....

certifie sur l'honneur :

- n'exercer aucune activité professionnelle (1)
- être en congé parental (préciser les dates).....(1)
- exercer une profession libérale ou à domicile (1)
- autre (à préciser).....(1)

date et signature de l'agent

date et signature du conjoint

(1) rayer la mention inutile



QUESTIONNAIRE
AUTORISATIONS D'ABSENCE POUR SOINS À ENFANTS MALADES

DEPARTEMENT D'AFFECTATION :
A retourner à la DSDEN de l'Oise - D.G.P. 22 avenue Victor Hugo, 60025 BEAUVAIS CEDEX

2 0 1 5

I-FONCTIONNAIRE

NOM : PRÉNOM :
GRADE :

AFFECTATION et VILLE :

CIRCONSCRIPTION :

EMPLOI (1) :

A) TEMPS COMPLET – 100%
Répartition (1) : lundi - mardi - mercredi - jeudi - vendredi - samedi

B) TEMPS PARTIEL –%
Nombre de demi-journées travaillées par semaine (2) :
Répartition (1) : lundi matin / après-midi - mardi matin / après-midi - mercredi matin
jeudi matin / après-midi - vendredi matin / après-midi - samedi matin

SITUATION FAMILIALE (1) :

célibataire	concubin(e)	marié(e)	Pacsé(e)	veuf(ve)	divorcé(e)	séparé(e)
-------------	-------------	----------	----------	----------	------------	-----------

II – CONJOINT(E)

NOM : PRÉNOM :

. Fonctionnaire : administration :

. Non fonctionnaire : nom de l'entreprise :

. Demandeur d'emploi : joindre un justificatif.

Nombre de demi-journées accordées au conjoint par année civile pour soins à enfants malades :

N.B. : Joindre obligatoirement un certificat (annexe 1) délivré par l'employeur attestant l'attribution ou la non-attribution d'un contingent de X demi-journées d'absence par année civile pour soins à enfants malades.

Un conjoint peut renoncer au bénéfice de ses autorisations d'absence au profit de l'autre (utiliser l'annexe 2 et la faire valider par l'employeur).

III - ENFANTS

Nombre d'enfants à charge :
Noms, Prénoms et dates de naissance :
.....
.....
.....
.....

N.B. : Les autorisations d'absence pour soins à enfants malades ne sont accordées que pour des enfants âgés de moins de 16 ans. Toutefois aucune limite d'âge n'est opposée aux enfants handicapés.

Signaler rapidement tout changement de situation.

Date :
Signature :

(1) rayer les mentions inutiles

(2) préciser le nombre de demi-journées effectivement travaillées

ANNEXE I

ATTESTATION

Je soussigné(e) certifie que :

M - Mme (1) :

Employé(e) à (nom et adresse de l'employeur) :

.....

.....

Conjoint(e) de :

bénéficie - ne bénéficie pas (1)

d'autorisation d'absence pour soins à enfants malades.

Il lui est accordé à ce titre un contingent de demi-journées d'absence rémunérées pour la période du **1er janvier au 31 décembre 2015.**

Fait à le

(cachet de l'employeur) (signature de l'employeur)

(1) rayer la mention inutile

ANNEXE II

ATTESTATION

Je soussigné(e)

NOM : PRÉNOM :

certifie sur l'honneur renoncer au bénéfice des autorisations d'absence pour soins à enfants malades qui me seront accordées au titre de l'**année civile 2015** au profit de mon conjoint ou de mon concubin.

NOM : PRÉNOM :

GRADE :

AFFECTATION - VILLE :

Fait à le
(signature)

Vu et pris note
(cachet et signature de l'employeur)

(1) rayer la mention inutile