MATRICULE DE L'AGENT : _____
DIRECTION DE L'AGENT : _____
SERVICE DE L'AGENT : _____

NOM – PRENOM DE L'AGENT : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL – VILLE : _____

DECLARATION DE SITUATION FAMILIALE POUR LE VERSEMENT DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

CERTIFICAT D'INSCRIPTION SCOLAIRE A RETOURNER A :

VILLE DE REIMS – COMMUNAUTE URBAINE DU GRAND REIMS – CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE
PLACE DE L'HOTEL DE VILLE
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES
SERVICE CARRIERES – REMUNERATION
51722 REIMS CEDEX

POUR LE 31 OCTOBRE 2025

Sans retour du justificatif à cette date, le paiement du Supplément Familial de traitement pour l'enfant concerné sera suspendu

CAS PARTICULIERS :

- **APPRENTIS :** le certificat de scolarité devra être accompagné d'une photocopie du contrat d'apprentissage avec la partie précisant la rémunération.

- **ETUDIANTS :** le certificat de scolarité devra nous être adressé dès que possible.

SITUATION FAMILIALE

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacs/Concubinage ☐ Vie maritale ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

Depuis le ➢.....

✸ ENFANTS A CHARGE

NOM ET PRÉNOM DES ENFANTS DE MOINS DE 20 ANS	DATE DE NAISSANCE	Qui a la garde de l'enfant de l'agent ?				Qui a la garde de l'enfant du conjoint(e) vivant sous le toit de l'agent ?				SITUATION DE L'ENFANT Marié(e), salarié(e), étudiant(e), apprenti(e), écolier(e), au foyer…*
		Agent(e)	Ex-conjoint(e)	Garde alternée	Tierce personne	Conjoint(e) agent(e)	Ex-conjoint(e)	Garde alternée	Tierce personne	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

***ATTENTION, les enfants âgés de 16 à 20 ans sont considérés à charge dans les situations suivantes : Étudiant – lycéen – inactif – collégien – apprenti – scolarisé – non scolarisé – salarié dont la rémunération ne dépasse pas 55 % du SMIC (<u>obligation de fournir un justificatif</u>)**

✸ SITUATION PROFESSIONNELLE DU CONJOINT OU DU PARTENAIRE (Vie maritale, Concubinage ou Pacs)

Nom ➢ ..... Prénom ➢ ..... Profession ➢.....

☐ Sans emploi ☐ Secteur privé ☐ Secteur public

<u>Si secteur public, faire compléter la rubrique suivante (ou joindre une attestation), par l'employeur de votre conjoint/partenaire</u> :

L'autorité soussigné certifie que ☐ Mme ☐ M. ➢ ..... Fait le ➢ .....

Employé(e) en qualité de ➢ ..... Cachet et signature

Depuis le ➢.....

☐ NE PERCOIT PAS de supplément familial de traitement

☐ PERCOIT un supplément familial de traitement

Je certifie l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus et m'engage à prévenir immédiatement la Direction des Ressources Humaines de tout changement intervenant dans ma situation familiale ou professionnelle susceptible de modifier mes droits au supplément familial de traitement. Toute déclaration inexacte ou incomplète de ma part m'exposerait au remboursement des sommes perçues, sans préjudice des poursuites pouvant en résulter.

Fait à : ..... le : ..... Signature