

# SOMMAIRE

## DES FICHES ET ANNEXES




Document	Désignation	Nb de pages
Fiche 1	Services gestionnaires des traitements et consignes	3 p
Fiche 2	Prise en charge d'un personnel titulaire, stagiaire ou contractuel nouvellement nommé dans votre établissement.	1 p
Fiche 3	<u>Informations pratiques :</u> Supplément familial de traitement (SFT) Quotité de service Heures supplémentaires Prime spéciale d'installation Indemnité de sujétions spéciales de remplacement (ISSR) Enseignement spécialisé et adapté Indemnité de suivi et d'orientation des élèves Indemnité de fonctions particulières – CPGE Indemnité de responsabilité - Directeurs délégués aux formations professionnelles et technologiques (ex-chefs de travaux) Indemnité pour missions particulières Indemnités de sujétion Prestation sociale complémentaire	3 p
Annexes	Annexes 1 et 1 bis : Fiche de renseignements destinée à la prise en charge financière Annexe 2 : Dossier de prise en charge SFT Annexe 3 : Formulaire d'affiliation à la Sécurité sociale MGEN (à renvoyer au centre MGEN) Annexe 4 : Prime spéciale d'installation Annexe 5 : Certificat administratif ISSR Annexes 6 : Déclaration sur l'honneur de l'agent de perception ou de non perception de rémunération publique	14 p

## Services gestionnaires des traitements et consignes

**Les traitements de l'ensemble des personnels du 2<sup>nd</sup> degré sont gérés au rectorat, 3 boulevard de Lesseps, 78017 VERSAILLES CEDEX.**

Compte-tenu du développement de la dématérialisation, il n'y a plus de journée de réception des dossiers organisée au rectorat.

Dossiers à retourner pour le 02/09/2025 délai de rigueur (hors exception)

Division	Service	Téléphone/E-mail	Catégorie de personnels	Mode de transmission
DPE (Division des personnels enseignants)		01 30 83 41 41		COLIBRIS
	DPE 2	<a href="mailto:ce.dpe2@ac-versailles.fr">ce.dpe2@ac-versailles.fr</a>	Professeurs contractuels Maîtres auxiliaires Assistants étrangers AESH-P Contractuels MEEF alternants	Pour les personnels <b><u>contractuels</u></b>  <a href="http://acver.fr/dpe-pec-cten">http://acver.fr/dpe-pec-cten</a> 
	DPE 4	<a href="mailto:ce.dpe4@ac-versailles.fr">ce.dpe4@ac-versailles.fr</a>	Professeurs EPS, Agrégés, Chargés d'enseignement, Adjoints d'enseignement PEGC	Pour les personnels <b><u>stagiaires</u></b> :  <a href="http://acver.fr/dpe-pec-stg">http://acver.fr/dpe-pec-stg</a> 
	DPE 5	<a href="mailto:ce.dpe5@ac-versailles.fr">ce.dpe5@ac-versailles.fr</a>	Professeurs de lycées professionnels	
	DPE 6	<a href="mailto:ce.dpe6@ac-versailles.fr">ce.dpe6@ac-versailles.fr</a>	Agrégés, Certifiés, Adjoints d'enseignement Lettres classiques et modernes, Histoire Géographie	
	DPE 7	<a href="mailto:ce.dpe7@ac-versailles.fr">ce.dpe7@ac-versailles.fr</a>	Agrégés, Certifiés, Adjoints d'enseignement Disciplines scientifiques,	
	DPE 8	<a href="mailto:ce.dpe8@ac-versailles.fr">ce.dpe8@ac-versailles.fr</a>	Agrégés, Certifiés, Adjoints d'enseignement Langues vivantes	Pour les personnels <b><u>titulaires</u></b> :  <a href="http://acver.fr/dpe-pec-tit">http://acver.fr/dpe-pec-tit</a> 
	DPE 9	<a href="mailto:ce.dpe9@ac-versailles.fr">ce.dpe9@ac-versailles.fr</a>	Agrégés, Certifiés, Adjoints d'enseignement Philosophie, SES, Arts Plastiques, Documentation, Education Musicale, SII, Eco Gestion, STMS, Technologie CPE PSY EN des 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>nd</sup> degrés	
				Attention, une erreur de formulaire peut allonger le temps de traitement.

Division	Service	Téléphone/E-mail	Catégorie de personnels	Mode de transmission
<b>DPATS</b> (Division des personnels administratifs, techniques, sociaux et santé)	<b>DPATS 1</b>	01 30 83 42 01 <a href="mailto:ce.dpats1@ac-versailles.fr">ce.dpats1@ac-versailles.fr</a>	Personnels administratifs : AAE, SAENES	COLIBRIS AAE <a href="https://demarches-versailles.colibris.education.gouv.fr/ressources-humaines/rh-prise-en-charge-administrative-par-l-academie-de-versailles/?code=38">https://demarches-versailles.colibris.education.gouv.fr/ressources-humaines/rh-prise-en-charge-administrative-par-l-academie-de-versailles/?code=38</a>
	<b>DPATS 2</b>	<a href="mailto:ce.dpats2@ac-versailles.fr">ce.dpats2@ac-versailles.fr</a>	ADJENES et des ATEE	SAENES <a href="https://demarches-versailles.colibris.education.gouv.fr/ressources-humaines/rh-prise-en-charge-administrative-par-l-academie-de-versailles/?code=42">https://demarches-versailles.colibris.education.gouv.fr/ressources-humaines/rh-prise-en-charge-administrative-par-l-academie-de-versailles/?code=42</a>
	<b>DPATS 3</b>	<a href="mailto:ce.dpats3@ac-versailles.fr">ce.dpats3@ac-versailles.fr</a>	Personnels médico-sociaux	ADJENES et ATEC <a href="https://demarches-versailles.colibris.education.gouv.fr/ressources-humaines/rh-prise-en-charge-administrative-par-l-academie-de-versailles/?code=43">https://demarches-versailles.colibris.education.gouv.fr/ressources-humaines/rh-prise-en-charge-administrative-par-l-academie-de-versailles/?code=43</a>
	<b>DPATS 4</b>	<a href="mailto:ce.dpats4@ac-versailles.fr">ce.dpats4@ac-versailles.fr</a>	ITRF : IGE, IGR, TECH, ATRF	Personnels médico-sociaux <a href="https://demarches-versailles.colibris.education.gouv.fr/ressources-humaines/rh-prise-en-charge-administrative-par-l-academie-de-versailles/?code=39">https://demarches-versailles.colibris.education.gouv.fr/ressources-humaines/rh-prise-en-charge-administrative-par-l-academie-de-versailles/?code=39</a>
	<b>DPATS 5</b>	<a href="mailto:ce.dpats5@ac-versailles.fr">ce.dpats5@ac-versailles.fr</a>	Agents non titulaires	ITRF <a href="https://demarches-versailles.colibris.education.gouv.fr/ressources-humaines/rh-prise-en-charge-administrative-par-l-academie-de-versailles/?code=44">https://demarches-versailles.colibris.education.gouv.fr/ressources-humaines/rh-prise-en-charge-administrative-par-l-academie-de-versailles/?code=44</a>  Mail

Division	Service	Téléphone/E-mail	Catégorie de personnels	Mode de transmission
<b>DE</b> (Division de l'encadrement)		01 30 83 45 94 <a href="mailto:ce.de@ac-versailles.fr">ce.de@ac-versailles.fr</a>	Personnels de direction  Personnels d'inspection  AENESR	COLIBRIS <a href="https://demarches-versailles.colibris.education.gouv.fr/rh-prise-en-charge-administrative-par-l-academie-de-versailles/?code=9">https://demarches-versailles.colibris.education.gouv.fr/rh-prise-en-charge-administrative-par-l-academie-de-versailles/?code=9</a>  <a href="https://demarches-versailles.colibris.education.gouv.fr/rh-prise-en-charge-administrative-par-l-academie-de-versailles/?code=10">https://demarches-versailles.colibris.education.gouv.fr/rh-prise-en-charge-administrative-par-l-academie-de-versailles/?code=10</a>  mail

**Prise en charge d'un personnel titulaire, stagiaire ou contractuel  
Nouvellement nommé dans votre établissement**

**Ces documents sont transmis directement par les agents aux services de gestion pour la prise en charge :**

**A- Personnels enseignants, d'éducation, ATSS/ITRF**

Installation dans GI/GC (sauf personnels gérés par la DPATS) donc **aucun document à transmettre** mais établir néanmoins un procès-verbal d'installation (PVI) qui sera consigné au dossier de l'agent dans l'établissement car il peut vous être demandé dans le cadre d'une procédure de contrôle.

**B- Personnels de l'académie (hors personnels cités ci-dessus) nommés dans votre établissement**

♦ **Pour les PSY EN du 1<sup>er</sup> degré et les agents titulaires de zone de remplacement** (établi par l'établissement de rattachement pour ces derniers), le PVI signé et comportant :

- la date d'installation,
- la date de signature du PVI,

♦ **Pour les agents contractuels ENS et assimilés/ATSS/ITRF :**

- copie du contrat signé par l'intéressé.

♦ **Pour les personnels de direction, d'inspection mutés au sein de l'académie de Versailles :**

- **fiche de renseignements** destinée à la prise en charge financière (modèle joint en annexe 1 et 1bis le cas échéant)

**C- Personnels venant d'une autre académie ou d'une autre administration ou d'une collectivité publique ou 1<sup>er</sup> emploi dans la fonction publique (stagiaires) ou agents contractuels nouvellement recrutés :**

- **Fiche de renseignements** (modèle joint en annexe 1 et 1bis le cas échéant)
- **1 RIB/RIP (prénom obligatoire) au format BIC-IBAN** (aucun traitement ne pourra être versé sur un Livret A ni sur un compte d'épargne)
- **Photocopie de l'attestation de sécurité sociale et/ou de la carte vitale (lisible)**
- **Photocopie de la carte d'identité ou du titre de séjour autorisant son titulaire à travailler (recto-verso)**
- **Photocopie du dernier bulletin de paye** qui permettra l'identification du précédant service payeur public
- **Dossier complet de prise en charge du supplément familial de traitement** (seuls les personnels rémunérés par référence à un indice ouvrent droit au SFT)
- **Photocopie du livret de famille**, le cas échéant
- **Déclaration sur l'honneur de perception ou de non perception de rémunération publique**, à fournir sauf pour les agents entrant dans l'académie par mutation

**+ Pour les agents contractuels nouvellement recrutés uniquement :**

- copie du **contrat** signé par l'intéressé.
- **PVI** signé et comportant la date d'installation et la date de signature du PVI.

**+ Pour les chefs d'établissement, les adjoints et les AENESR :**

- **PVI établi par les personnes compétentes** (le DASEN pour le chef d'établissement et le chef d'établissement pour l'adjoint) signé et comportant la date d'installation et la date de signature du PVI

**RAPPEL :** Ces personnels (cités en A-, B- et C-) doivent impérativement être installés dans le module GI/GC.

**D- Personnels recrutés en qualité d'Intervenant extérieur une démarche via Colibris est mise en place pour la rentrée (circulaire spécifique à venir) :**

- **Lettre d'engagement** avec dates de début et de fin de recrutement
- **Fiche de renseignements** (modèle joint en annexe 1 et 1bis le cas échéant)
- **1 RIB/RIP (prénom obligatoire) format BIC-IBAN** (aucun traitement ne pourra être versé sur un Livret A)
- **Photocopie de la carte vitale (lisible)**
- **Photocopie de la carte d'identité ou du titre de séjour autorisant son titulaire à travailler (recto-verso)**
- **Déclaration ou autorisation de cumul de l'employeur principal public** le cas échéant
- **Photocopie du dernier bulletin de salaire précédant la 1<sup>ère</sup> intervention** (en cas de cumuls d'emplois de la Fonction Publique)
- **Notification d'avis de pension** indiquant la date de mise à la retraite (uniquement pour les intervenants retraités)
- **Photocopie du livret de famille**, le cas échéant
- **Déclaration sur l'honneur de perception ou de non perception de rémunération publique**

Tout changement de coordonnées bancaires devra faire l'objet d'une demande manuscrite de l'intéressé accompagnée d'un RIB, transmis au service de gestion qui en accusera réception.

Les rémunérations principale et accessoire d'un même agent ne peuvent être versées que sur un seul et même compte.

**Supplément Familial de Traitement (SFT) (annexe 2)**

Il s'agit d'un élément du traitement et non d'une prestation familiale.

Le SFT n'est pas cumulable avec un avantage de même nature accordé pour un même enfant par un organisme public ou financé sur fonds publics.

Les prestations familiales relèvent de la Caisse d'Allocations Familiales du département de domicile.

**Quotités de service**

Il sera procédé à une régularisation du traitement des personnels dont la quotité de service est modifiée pour la nouvelle année scolaire, **dès la paye de septembre ou d'octobre**.

**Heures supplémentaires**

- Ne peuvent percevoir ni heure supplémentaire année (HSA) ni heure supplémentaire effective (HSE), ni heure à taux spécifique (HTS) :
  - les documentalistes,
  - les conseillers principaux d'éducation,
  - les psychologues de l'éducation nationale (PSY EN),
  - les directeurs délégués aux formations professionnelles et technologiques

**Absences**

Tout arrêt maladie doit être transmis dans les 48 heures à l'administration dont l'agent relève (chef d'établissement ou service du personnel).

✍ Vous devrez **déclarer toute absence d'un agent dans le module GI/GC, EASI ou GECO selon les agents concernés**. (Pour les enseignants, ceci est indispensable pour l'attribution des heures de courtes suppléances.) Il est inutile de transmettre l'arrêté de congé au service de gestion pour les agents titulaires ou assimilés. Cependant, un exemplaire sera transmis à l'intéressé et une copie sera conservée au dossier de l'agent dans l'établissement.

*Pour rappel, un jour de carence a été instauré par l'article 115 de la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018.*

*La loi de finances pour 2025 et les décrets n°2025-197 et n°2025-198 du 27 février 2025 modifient les modalités de rémunération des agents publics durant les trois premiers mois des congés maladie ordinaires (CMO) qui est passée de 100% à 90% durant les trois premiers mois de leur CMO.*

**Prime spéciale d'installation (annexe 4)**

Conformément au décret n° 89-259 du 24/04/1989 modifié, peuvent prétendre à cette prime les fonctionnaires stagiaires\* de l'Etat non logés :

- qui, à l'occasion de leur accès à un premier emploi dans une administration de l'Etat, reçoivent au plus tard au jour de leur titularisation une affectation en Ile-de-France ;
- sont nommés dans un grade dont l'indice afférent au 1<sup>er</sup> échelon est inférieur à l'indice 445 brut ;
- anciens agents contractuels de la fonction publique titularisés, sous réserve que leur nouvelle résidence administrative [*déterminée par la commune*] diffère de celle de leur dernière affectation avant nomination dans le corps.

Si ces personnels sont logés en cours d'année, il convient de le signaler immédiatement au service gestionnaire en vue de faire reverser la fraction de la prime spéciale d'installation perçue à tort.

*\* les personnels enseignants, d'éducation et d'orientation ne percevront quant à eux cette indemnité qu'au 1<sup>er</sup> septembre de l'année de leur titularisation (Cf. décret n° 98-1151 du 10/10/1998).*

Constitution du dossier : Demande de prime spéciale d'installation

**Indemnité de sujétions spéciales de remplacement (annexe 5) – pour les personnels enseignants titulaires d'une zone de remplacement**

Cette indemnité, régie par le décret n° 89-825 du 9 novembre 1989, la circulaire n° 89-4565 du 11 décembre 1989 et la circulaire du 9 octobre 1991, est due pour toute affectation ou remplacement :

- sur un poste situé en dehors de l'établissement de rattachement ;
- à condition que la suppléance ne couvre pas la totalité de l'année scolaire **ou** qu'elle intervienne postérieurement à la date de rentrée des élèves.

Les décisions successives d'affectation en remplacement d'un même fonctionnaire constituent un remplacement continu couvrant l'année et ne devrait ainsi pas ouvrir droit à l'ISSR. Cependant, il est admis que l'ISSR soit maintenue aux intéressés jusqu'au jour du renouvellement de leur affectation pour une dernière période s'étendant jusqu'à la fin de l'année scolaire.

L'ISSR est une **indemnité journalière** versée au titre des seuls jours au cours desquels le remplacement est effectué. Elle n'est pas due au titre des périodes de vacances scolaires, de congés de maladie, de congés de maternité et paternité, d'autorisations d'absence.

La démarche pour demander le versement de l'indemnité de sujétions spéciales de remplacement (IR 0702) à un enseignant titulaire d'une zone de remplacement se fait à compter du 03/11/2025 via un formulaire COLIBRIS de plusieurs pages, qui nécessite la préparation de pièces justificatives numériques.

Cette procédure vise à organiser la demande avec les justificatifs nécessaires avant validation en ligne. Les documents PVI et emploi du temps sont essentiels pour que la demande soit acceptée et traitée.

Cette démarche est accessible sur la plateforme dédiée aux démarches des établissements de l'académie de Versailles <https://portail-versailles.colibris.education.gouv.fr/personnels-dencadrement/>

La déclaration régulière du certificat administratif facilite le suivi des dossiers et la mise en paiement de l'indemnité.

Le montant est calculé journalièrement sur la base de la distance entre l'établissement de rattachement et celui où s'effectue le remplacement, les jours non travaillés n'étant pas comptabilisés.

Pour des raisons d'équité et de fiabilité, il est tenu compte du trajet le plus court défini par le site VIAMICHELIN entre l'établissement de rattachement et l'établissement de remplacement.

Dans le cas où le remplacement nécessite des déplacements journaliers entre différents établissements, il y a lieu de prendre en compte la distance séparant l'établissement de rattachement de l'établissement le plus éloigné.

**L'ISSR est exclusive de l'attribution de toute autre indemnité et remboursement de frais de déplacement** alloués au même titre. Ainsi, elle ne peut être cumulée avec :

- l'indemnité de frais de déplacement versée en cas de service partagé dans deux établissements situés dans deux communes non limitrophes prévue par le décret n° 90-437 du 28 mai 1990 modifié ;
- des heures supplémentaires annuelles dont le paiement serait susceptible de pallier l'impossibilité d'accorder la décharge de service d'une heure prévue en cas de service partagé dans 2 communes non limitrophes.

**Indemnités saisies dans STS**

Pour toutes les indemnités suivantes, la saisie est faite **exclusivement dans STS** (cf. circulaire de rentrée de la DOS **DOS/DB/MLG/2023-11**), l'état signé étant conservé au dossier de l'intéressé. Toute modification en cours d'année doit être également saisie dans STS :

**◆ Indemnité de suivi et d'orientation des élèves :**

Part modulable (indemnité de professeur principal) allouée uniquement aux enseignants du second degré (et non aux personnels enseignants du premier degré affectés dans le second degré).

Vous désignerez, pour l'année scolaire, conformément aux dispositions du décret n° 93-55 du 15 janvier 1993 les professeurs principaux des classes de votre établissement.



En établissement sensible, un même enseignant peut cumuler deux parts modulables **à la condition expresse qu'il soit professeur principal dans deux divisions différentes.**

**Rappel : les UPE2A, les structures relais, les ULIS, les mentions ou formations complémentaires n'ouvrent pas droit à l'indemnité de professeur principal sauf PP de 4<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> SEGPA.**

♦ **Indemnité de fonctions particulières allouée aux enseignants en CPGE :**

Peuvent percevoir l'indemnité de fonctions particulières, les personnels qui effectuent :

- au moins 8 heures d'enseignement en CPGE ;
- au moins 4 heures devant une même division de CPGE. **Toutefois, les heures accomplies devant des groupes d'élèves issus d'une même division ne sont décomptées qu'une seule fois** lorsqu'elles portent sur des programmes d'enseignement identiques.

Les heures d'enseignement faites dans des classes préparant au DECF ou DECS ne sont pas prises en compte.

♦ **Indemnité de responsabilité en faveur des professeurs directeurs délégués aux formations professionnelles et technologiques :**

Attribuée aux seuls directeurs délégués aux formations professionnelles et technologiques affectés sur un poste budgétaire, cette indemnité est fonction de l'effectif des sections y ouvrant droit, constaté lors de l'enquête annuelle organisée au cours du 1<sup>er</sup> trimestre de l'année scolaire.

♦ **Indemnité pour missions particulières**

Vous pourrez, dans le cadre de l'enveloppe budgétaire déléguée, attribuer des missions aux enseignants concernés, en indiquant le caractère ponctuel ou annuel (« permanent »), ainsi que le taux de rémunération de la mission.

♦ **Indemnités de sujétions**

- IS 1879 Effectifs pléthoriques ; allouée aux personnels enseignants du 2<sup>nd</sup> degré assurant au moins 6 h de service hebdomadaire d'enseignement devant plus de 35 élèves simultanément ;
  - IS 1880 EPS : allouée aux enseignants d'EPS assurant au moins 6 h de service hebdomadaire d'enseignement dans les classes de 1<sup>ère</sup> et de T<sup>ale</sup> de la voie professionnelle, dans les classes préparant à un CAP et dans les classes de 1<sup>ère</sup> et de T<sup>ale</sup> de la voie générale et technologique ;
  - IS 1881 Voie Professionnelle : allouée aux enseignants autres que d'EPS assurant au moins 6 h de service hebdomadaire d'enseignement dans les classes de 1<sup>ère</sup> et de T<sup>ale</sup> de la voie professionnelle et dans les classes préparant à un CAP.
- ♦ **Indemnités liées au PACTE (en complément de la circulaire de rentrée, circulaire sur l'attribution des parts fonctionnelles PACTE hors outils DOS/DB/MLG/2023-12)**

<b>Prestation sociale complémentaire (PSC)</b>
--

acver.fr/colibris

Onglet : population concernée / Rubrique « prestations sociales »





FICHE DE RENSEIGNEMENTS  
PRISE EN CHARGE FINANCIERE

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme NOM : .....		CADRE 1
Prénom(s) dans l'ordre de l'état civil : .....		
NOM patronymique : .....		
Adresse personnelle : .....		
.....Code postal : ..... Commune : .....		
.....		
Téléphone : ..... E-mail : .....		
Date et lieu de naissance : .....		CADRE 2
Si né(e) à l'étranger : NOM et prénom du père : .....		
NOM et prénom de la mère : .....		
N° d'INSEE (avec clé) : / / / / / / / / / / / / / / / /		
(joindre une photocopie lisible de l'attestation de sécurité sociale et/ou de la carte VITALE)		
<b>OBLIGATOIRE</b> (sauf pour les agents contractuels) – Affiliation à la sécurité sociale MGEN :		
Nouveaux fonctionnaires Education nationale : cf. formulaire d'affiliation ( <i>annexe 3</i> )		
Nouveaux arrivants déjà fonctionnaires de l'Education nationale : effectuer un changement de centre en cas de changement de département de résidence administrative		
Situation familiale : <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e)* <input type="checkbox"/> PACS* <input type="checkbox"/> concubinage* <input type="checkbox"/> divorcé(e)* <input type="checkbox"/> séparé(e)* <input type="checkbox"/> veuf(ve)*		
* depuis le : .....		CADRE 3
Conjoint :	NOM : ..... Prénom : .....	
	NOM patronymique : ..... Date de naissance : .....	
	Activité professionnelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Fonctionnaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Nom et adresse de l'employeur : .....	
	.....	
Enfants à charge		
NOM Prénom		Date de naissance
<b>Pour les personnels dont la rémunération est indicée</b>		
Souhaitez-vous percevoir le supplément familial de traitement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Si oui, joindre les pièces justificatives demandées dans le dossier SFT ( <i>annexe 2</i> )		
Références bancaires : joindre 1 RIB/RIP au format BIC/IBAN en original, sans mention manuscrite (Attention le NOM figurant sur le RIB sera celui de la prise en charge ; en cas de discordance, joindre la copie du livret de famille)		
Renseigner impérativement les coordonnées bancaires de façon manuscrite ci-dessous :		
Code établissement    Code guichet    N° compte    Clé RIB		CADRE 4
/ / / /		
IBAN / / / / / / / /		
BIC /		



NOM : ..... Prénom : .....

N° d'INSEE (avec clé) : / / / / / / / / / / / / / / / /

Selon votre situation antérieure à la présente prise de fonctions :

CADRE 5

- titulaire ou non-titulaire de la fonction publique (*compléter impérativement l'annexe 1 bis*)
- retraité (*joindre une photocopie du titre de pension*)
- n'ayant jamais occupé de poste dans la Fonction Publique (Etat, Hospitalière et Territoriale) (*remplir uniquement l'annexe 1 dans ce cas*)

Affectation 2025-2026 :

Code établissement : .....

CADRE 6

Etablissement d'affectation : .....

Grade : .....

Discipline ou échelon (le cas échéant) : .....

à compter du : .....

Logé\* : ☐ oui ☐ non Nb de pièces : .....

*\*A préciser uniquement pour les agents logés par nécessité absolue de service ou par convention d'occupation à titre précaire en veillant à compléter impérativement dans le mois qui suit votre installation une déclaration d'avantages en nature logement*

Si non, dérogation : ☐ oui ☐ non

**Cadre réservé à l'administration**

Vu et vérifié  
(signature et cachet  
du responsable de la structure)

Je, soussigné(e) .....,  
certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche\*

Fait à : .....

Le : .....

(signature de l'agent)

*\*La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (Code pénal Titre IV : Des atteintes à la confiance publique art. 441-1)*

V  
e  
r  
s  
i  
o  
n  
  
p  
a  
p  
i  
e  
r



NOM : ..... Prénom : .....  
N° d'INSEE (avec clé) : / / / / / / / / / / / / / / / /

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS  
PRISE EN CHARGE FINANCIERE**

☐ Je certifie avoir occupé un poste de titulaire ou non-titulaire dans la Fonction Publique (joindre une copie de votre dernier bulletin de paye)

☐ Etat (dont les militaires) ☐ Hospitalière ☐ Territoriale

CADRE 5

Si ☐ Au Ministère de l'Education Nationale, y compris établissements d'enseignement privé  
Préciser votre NUMEN : .....

*Merci d'indiquer ci-dessous le dernier emploi tenu*

Du ... au ...	Fonction	Etablissement / Académie (si hors académie de Versailles, préciser le dernier service payeur)
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Si ☐ Dans un autre ministère, une collectivité territoriale ou un établissement public  
En qualité de : .....  
Coordonnées du dernier service payeur (cf. bulletin de salaire) : .....  
- Employeur/Service/Gestionnaire : .....  
- Mail : .....  
- Téléphone : .....  
- Adresse : .....

A remplir dans le cas d'une période interruptive entre votre ancien employeur Fonction Publique et votre prise de fonctions :

Je, soussigné(e) ☐ Madame ☐ Monsieur ..... déclare n'avoir jamais repris d'activité ou n'avoir perçu de rémunération de la Fonction Publique d'Etat, Hospitalière ou Territoriale depuis le .....

**Cadre réservé à l'administration**

Vu et vérifié  
(signature et cachet  
du responsable de la structure)

Je, soussigné(e) .....,  
certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche\*  
Fait à : .....  
Le : .....  
(signature de l'agent)

*\*La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (Code pénal Titre IV : Des atteintes à la confiance publique art. 441-1)*

V  
e  
r  
s  
i  
o  
n  
  
p  
a  
p  
i  
e  
r

## DOSSIER DE PRISE EN CHARGE

Pour nous permettre d'examiner vos droits éventuels au supplément familial de traitement, dont les conditions d'attribution sont fixées par le décret 85-1148 du 24/10/1985 modifié, vous voudrez bien faire parvenir, à votre service de gestion, les documents suivants :

**Certificat de scolarité /le cas échéant**

Si vous êtes divorcé(e) ou séparé(e) et n'avez pas la garde de(s) l'enfant(s), le supplément familial de traitement peut être versé à l'autre parent, (ex-)conjoint(e) il vous appartient de compléter

**l'attestation n° 4**

**CE DOSSIER EST A RETOURNER A VOTRE SERVICE DE GESTION**

Dossier de prise en charge de SFT concernant : NOM ..... Prénom .....  
Grade : .....  
N° d'INSEE (avec clé) : / / / / / / / / / /

**ATTESTATION N° 1**

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE VIE NON MARITALE**

Je soussigné(e)..... déclare  
sur l'honneur vivre seul(e) et élever mon (ou mes) enfant(s) depuis le .....

Enfant(s) à charge :

- ..... - .....  
- ..... - .....

☐ En garde alternée (cocher le cas échéant)

**Je m'engage à avertir immédiatement mon service de gestion de tout changement dans  
ma situation familiale.**

Fait à ....., le .....

*Signature*



**ACADÉMIE  
DE VERSAILLES**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Dossier de prise en charge de SFT concernant : NOM ..... Prénom .....

Grade : .....

N° d'INSEE (avec clé) : / / / / / / / / / / / / / / / /

## ATTESTATION N° 2

### ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) .....  
déclare sur l'honneur que mon (ex)conjoint/(ex)concubin/(ex)partenaire de PACS :

☐ exerce une profession relevant du secteur privé depuis le .....

☐ est sans emploi depuis le .....

et, de ce fait, ne perçoit pas de supplément familial de traitement.

Tout changement de la situation professionnelle de mon  
(ex)conjoint/(ex)concubin/(ex)partenaire de PACS devra être communiqué à mon service  
gestionnaire

Fait à ....., le .....

*Signature*

Dossier de prise en charge de SFT concernant : NOM ..... Prénom .....  
Grade : .....  
N° d'INSEE (avec clé) : / / / / / / / / / / / / / / / /

## ATTESTATION N° 3

### CERTIFICAT DE L'EMPLOYEUR du 2<sup>ème</sup> parent

Je soussigné(e) : .....

Fonction exercée : .....

Nom et adresse de l'employeur : .....  
.....  
.....

Certifie que Madame, Monsieur <sup>(1)</sup> .....

employé(e) en qualité de : .....

depuis le : .....

☐ ne perçoit pas de supplément familial de traitement ou quelque autre avantage à caractère familial au titre des enfants à charge (complément, sursalaire...)

☐ perçoit un supplément familial de traitement ou quelque autre avantage à caractère familial au titre des enfants à charge d'un montant de ..... depuis le ..... concernant le ou les enfant(s) suivant(s) :

- ..... - .....  
- ..... - .....

Fait à ....., le .....

*Cachet de l'entreprise*

*Signature*

(1) Rayer la mention inutile

**Si le (ex-)conjoint(e) est rémunéré(e) par une administration, veuillez préciser :**

- son grade.....
- sa discipline : .....
- son lieu d'exercice : .....
- son INM
- fournir copie du dernier bulletin de salaire

Dossier de prise en charge de SFT concernant : NOM ..... Prénom .....  
Grade : .....  
N° d'INSEE (avec clé) : / / / / / / / / / / / / / / / /

**ATTESTATION N° 4**

**REVERSEMENT DU SFT AU 2<sup>ème</sup> PARENT, EX-CONJOINT(E)  
(cession)**

**Votre identification**

NOM : .....  
Prénom : .....  
Grade : ..... Discipline : .....  
Etablissement d'affectation :  
.....

**Identification du bénéficiaire du Supplément familial de traitement**

NOM : .....  
Prénom : .....  
Profession : .....  
Employeur : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....  
Téléphone : .....  
Grade : ..... Discipline : .....

Inscrire le(s) nom(s) et prénom(s) de(s) l'enfant(s)

.....  
.....

**Joindre un relevé d'identité bancaire de l'ex-conjoint(e)**

Fait à ....., le .....

*Signature*



Dossier de prise en charge de SFT concernant : NOM ..... Prénom .....  
Grade : .....  
N° d'INSEE (avec clé) : / / / / / / / / / / / / / / / /

## CHOIX DE L'ALLOCATAIRE DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

### CHOIX DE L'ALLOCATAIRE

Vous pouvez choisir lequel d'entre vous sera l'allocataire, c'est-à-dire celui au nom duquel sera ouvert le dossier. Ce choix est valable pour au moins une année, sauf en cas de séparation ou décès.

#### ALLOCATAIRE

☐ M. ☐ Mme NOM - Prénom ..... NOM patronymique : .....  
Adresse : ..... Tél. : .....  
N° INSEE : .....  
Profession : .....  
EMPLOYEUR (Nom et adresse) : ..... depuis le : .....

#### 2<sup>ème</sup> PARENT, (EX-)CONJOINT(E)

☐ M. ☐ Mme NOM - Prénom ..... NOM patronymique : .....  
Adresse : ..... Tél. : .....  
N° INSEE : .....  
Profession : .....  
EMPLOYEUR (Nom et adresse) : ..... depuis le : .....

#### SITUATION FAMILIALE

Si vous vivez seul(e) :	vous êtes célibataire .....	<input type="checkbox"/>	depuis le : .....
	vous êtes séparé(e) de fait .....	<input type="checkbox"/>	
	vous êtes séparé(e) légalement .....	<input type="checkbox"/>	
	vous êtes divorcé(e) .....	<input type="checkbox"/>	
	vous êtes veuf(ve) .....	<input type="checkbox"/>	
Si vous vivez en couple :	vous êtes mariés .....	<input type="checkbox"/>	depuis le : .....
	vous vivez maritalement (concubinage) .....	<input type="checkbox"/>	
	vous êtes liés par un PACS .....	<input type="checkbox"/>	

#### SITUATION DES ENFANTS

NOM Prénom	Lien de parenté (fils, fille, etc.)	Date de naissance	Situation (élève, apprenti)	Est-il à votre charge ?

☐ En garde alternée (cocher le cas échéant) (cf. article 11bis du décret 85-1148 du 24/10/1985 modifié)

#### DECLARATION SUR L'HONNEUR (à signer par les 2 parties)

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande sont exacts, que je ne reçois pas de supplément familial de traitement et que je n'en ai pas demandé à un autre organisme.

Je m'engage à signaler immédiatement à mon service de gestion tous les changements modifiant cette déclaration.

A ....., le .....

SIGNATURES

M.....

M.....

# Centre de Sécurité sociale MGEN

## Demande de rattachement

### au centre de Sécurité sociale MGEN



**Vous êtes fonctionnaire (stagiaire, titulaire), contractuel-le, pensionné-e de vieillesse ou d'invalidité.**  
Complétez cette demande de rattachement au centre de Sécurité sociale MGEN.  
Votre centre de Sécurité sociale MGEN vous verse les prestations de votre régime d'assurance maladie obligatoire.  
Les centres MGEN vous accompagnent dans cette démarche. **N'hésitez pas à nous contacter pour prendre un RDV.**

**A retourner complétée et accompagnée des pièces justificatives (voir au verso) à la section MGEN**

- du département de votre lieu de travail si vous êtes fonctionnaire (titulaire ou stagiaire)
- de votre département de résidence pour les autres situations

#### Situation personnelle

Nom de famille \_\_\_\_\_  
(Nom de naissance)

Nom d'usage \_\_\_\_\_  
(Facultatif s'il y a lieu)

Prénom \_\_\_\_\_

N° de Sécurité sociale \_\_\_\_\_

Nationalité <sup>(2)</sup> ☐ Française ☐ EEE/Suisse <sup>(2)</sup> ☐ Autre

Sexe <sup>(2)</sup> ☐ M ☐ F

**Situation de famille\* <sup>(2)</sup>**

☐ célibataire ☐ marié-e ☐ séparé-e ☐ divorcé-e

☐ veuf-ve ☐ pacsé-e ☐ concubin-e

depuis le : \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Lieu de naissance \_\_\_\_\_

Pays de naissance \_\_\_\_\_

Adresse actuelle N° \_\_\_\_\_ Voie \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Commune \_\_\_\_\_

Téléphone fixe\* \_\_\_\_\_

Téléphone portable\* \_\_\_\_\_

Courriel\* \_\_\_\_\_

**Êtes-vous bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire\* <sup>(1) (2)</sup> :** ☐ oui ☐ non

Si oui, auprès de quel organisme ? ☐ Votre organisme d'assurance maladie obligatoire actuel ☐ MGEN

☐ Un autre organisme complémentaire, précisez lequel \_\_\_\_\_

**Si oui, acquittez-vous une participation financière :** ☐ oui ☐ non

#### Situation professionnelle actuelle <sup>(1) (2)</sup>

**Situation actuelle <sup>(2)</sup>**

☐ actif-ve ☐ retraité-e ☐ pensionné-e d'invalidité ☐ titulaire d'une rente « Accident du travail » ☐ retraité-e + activité

**Si vous êtes actif-ve**

Ministère/Employeur \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Nom/adresse Etablissement d'exercice \_\_\_\_\_

**Situation <sup>(2)</sup>**

☐ fonctionnaire titulaire ☐ fonctionnaire stagiaire

☐ vacataire ☐ contractuel-le

☐ salarié-e ☐ autre (à préciser) \_\_\_\_\_

**Date d'entrée dans le régime des fonctionnaires / à défaut date d'entrée en fonction** \_\_\_\_\_

#### Attestation sur l'honneur à compléter par le demandeur

☐ J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis. Je m'engage à porter immédiatement à la connaissance de MGEN tout changement dans la situation exposée ci-dessus.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> Données facultatives

<sup>(2)</sup> Pièces à fournir : voir liste au verso de ce formulaire. <sup>(3)</sup> Cocher la case correspondante. <sup>(3)</sup> Liste des pays de l'Espace économique européen (EEE), voir la note 2 au verso de ce formulaire.

# Pièces à joindre

## Dans tous les cas

- Une copie lisible et en cours de validité d'une pièce d'identité<sup>(1)</sup> : carte d'identité (recto/verso), passeport, titre de séjour (carte de séjour, carte de séjour temporaire, carte de résident...)
- Un relevé d'identité bancaire précisant le code IBAN (identifiant international de compte)
- Une copie de l'une des pièces justifiant votre statut (actif-e, retraité-e...) :

Votre statut	Joindre la photocopie de l'une des pièces ci-dessous
Fonctionnaire stagiaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Votre arrêté de stage (de nomination ou d'affectation) <b>OU</b></li> <li>→ Votre procès-verbal d'installation</li> <li>→ <b>À défaut</b>, votre notification de réussite au concours ou votre convocation de pré-rentree + une attestation (sur l'honneur ou de votre employeur) mentionnant votre date d'entrée en fonction et votre lieu d'exercice<sup>(1)</sup></li> </ul>
Fonctionnaire titulaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Votre arrêté de nomination <b>OU</b></li> <li>→ Toute pièce justifiant de votre entrée en fonction et titularisation : par exemple attestation de l'employeur précisant la fonction, la date de titularisation et le département d'exercice ou un de vos bulletins de salaire depuis votre titularisation (n'oubliez pas de préciser votre date de titularisation sur le formulaire)</li> </ul>
Agent contractuel	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Votre contrat de travail correspondant à cette activité <b>OU</b></li> <li>→ Un bulletin de salaire + une attestation employeur précisant la durée du contrat (date de début et le cas échéant date de fin) et le temps de travail (travail à temps complet ou temps incomplet)</li> </ul>
Pensionné-e de vieillesse ou d'invalidité	→ Votre titre de pension de vieillesse (par exemple, le certificat d'inscription à la pension civile de retraite pour les fonctionnaires retraités) ou d'invalidité
Bénéficiaire d'une rente « Accident du travail »	→ Votre titre de rente « Accident du travail »

## Selon votre situation

- Une copie de votre attestation de Complémentaire Santé Solidaire (CSS) si vous en bénéficiez
- Si vous êtes de nationalité étrangère et demandez pour la première fois votre rattachement à un organisme français d'assurance maladie : copie d'une pièce d'identité (titre de séjour, carte d'identité...) et copie authentifiée de la pièce d'état civil portant la filiation<sup>(2)</sup>

## Vous avez des enfants mineurs à charge ?

Vous pouvez les rattacher en tant qu'ayants droit à votre dossier en complétant également le formulaire :

- **Demande de rattachement des enfants mineurs à l'un ou aux deux parents assurés – Formulaire S 3705**

## Bon à savoir

S'ils résident en France, vos enfants mineurs entre 16 et 18 ans peuvent demander à être gérés en tant qu'assurés par votre centre de Sécurité sociale MGEN. Invitez-les à contacter MGEN pour connaître les démarches à effectuer. Tant qu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle, vos enfants majeurs inactifs ou étudiants peuvent rester gérés en tant qu'assurés jusqu'à 24 ans par MGEN.

(1) Si vous ne possédez que votre attestation de réussite au concours ou votre convocation de pré-rentree : afin de ne pas retarder le traitement de votre dossier, transmettez-nous cette pièce accompagnée de l'attestation demandée. Vous nous joindrez ultérieurement une copie de votre arrêté de stage ou de votre procès verbal d'installation.

(2) Liste des pays de l'Espace économique européen (EEE) : Allemagne, Autriche, Belgique, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, République de Slovaquie, Roumanie, Slovincie, Suède.

(3) A noter : si vous êtes de nationalité étrangère hors EEE/Suisse<sup>(1)</sup>, les pièces d'état civil en langue étrangère doivent s'accompagner d'une traduction faite par un traducteur assermenté figurant sur la liste des experts judiciaires établie par les tribunaux de grande instance, les cours d'appel et la Cour de cassation français ou par le consulat ou l'ambassade de France dans le pays étranger où l'acte a été dressé ou par le consulat ou l'ambassade en France du pays où l'acte a été dressé ou par le CLEBS et bénéficier de la légalisation et/ou de l'apostille, le cas échéant. Pour l'Alsace Moselle, la traduction peut être effectuée par les interprètes et traducteurs jurés prévus par la loi locale du 1<sup>er</sup> juin 1978.

Les données personnelles mentionnées au soutien de ce formulaire sont collectées par MGEN, responsable de traitement, site 3 square Max-Hymans – 75748 Paris Cedex 15. Ces données font l'objet d'un traitement destiné à l'exercice par la MGEN de son habilitation à gérer le Régime obligatoire d'assurance maladie et notamment, les missions d'immatriculation, affiliation, instruction, gestion et contrôle des droits des bénéficiaires des prestations de l'Assurance maladie obligatoire.

Le traitement des données collectées est fondé sur le décret n° 2015-390 du 3 avril 2015 autorisant les traitements de données à caractère personnel par les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de l'Assurance maladie pour l'accomplissement de leurs missions d'affiliation, d'immatriculation, d'instruction des droits aux prestations et de prise en charge des soins, produits et services.

Le traitement des données ne comportant pas d'astérisque est nécessaire à la gestion du dossier. La non-fourniture des données a pour conséquence de ne pas permettre l'exercice de ces missions.

Les destinataires des données à caractère personnel sont les personnels habilités de MGEN dans la limite de leurs attributions respectives. Les données collectées sont conservées au plus cinq ans après la formule des droits à l'assurance maladie de l'assuré ou de l'ayant droit ou jusqu'à l'intervention d'une décision définitive en cas de contentieux. Les données relatives à la santé sont conservées pendant une durée maximale de dix ans dans un environnement logique séparé afin d'assurer la gestion des actions contentieuses, de la lutte contre la fraude et des recours contre tiers. Conformément à la réglementation en vigueur, vous disposez du droit de demander l'accès aux données à caractère personnel vous concernant, la rectification ou l'effacement de celles-ci ainsi que le droit de communiquer des directives concernant le sort de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous disposez encore du droit de solliciter, pour motif légitime, la limitation du traitement, de vous opposer audit traitement et du droit à la portabilité des données.

Toute demande d'exercice de ces droits peut être adressée par courrier postal, en justifiant de son identité par tout moyen, à MGEN - Centre de gestion de la Vieillesse - Protection des données - CS 10601 La Verrière - 6 bis avenue Joseph Rollo - 78321 Le Mesnil-Saint-Denis Cedex. La DPO peut être contactée à l'adresse suivante : MGEN - Data Protection Officer - 3 square Max-Hymans 75748 Paris Cedex 15. Les demandes peuvent également être faites sur le site de MGEN à la page : <https://www.mgen.fr/mes-donnees/>. Un justificatif d'identité comportant votre signature pourra être demandé.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Vous pouvez, à tout moment, vous inscrire en ligne sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique Bloctel, à l'adresse <https://www.bloctel.gouv.fr/>.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages indues (article 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17-1 du code de la Sécurité sociale.

L'organisme d'assurance maladie peut, à tout moment, procéder à des opérations de contrôle en vous demandant les pièces justificatives de votre situation (articles L. 114-10-3 et L. 151-1-4 du code de la Sécurité sociale).

Les informations déclarées pourront être vérifiées en recourant aux dispositions des articles L. 114-19 et suivants du code de la Sécurité sociale.

Formulaire de rattachement édité en avril 2023. Des informations complémentaires ou des modifications sont susceptibles d'intervenir en cas d'évolutions législatives ou réglementaires postérieures.

Grade :

Discipline :

**DEMANDE DE PRIME SPECIALE D'INSTALLATION (0127)**

Décrets n° 89-259 du 24/04/1989 modifié et n° 98-1151 du 10/10/1998 pour les enseignants et assimilés

**ANNEE SCOLAIRE 2.....-2.....**

**Attestation sur l'honneur**

Je soussigné(e) : .....

Etablissement d'affectation :  
.....  
.....

en qualité de : .....

- demande à percevoir la prime spéciale d'installation instituée par décret n° 89-259 du 24 avril 1989 modifié ;
- m'engage à exercer pendant un an à compter de la présente rentrée scolaire dans un établissement appartenant au secteur géographique ouvrant droit au bénéfice de la prime spéciale d'installation.

**ET**

- certifie sur l'honneur accéder à un **corps de fonctionnaire** de l'Etat pour la première fois ;
- certifie sur l'honneur que mon conjoint (ou conjointe) et moi-même ne bénéficions pas d'un logement de fonction concédé par l'établissement ou par une collectivité territoriale ;
- certifie sur l'honneur que mon conjoint (ou conjointe) et moi-même ne bénéficions pas d'une indemnité représentative ou compensatrice de logement ;
- certifie sur l'honneur n'avoir jamais perçu antérieurement la prime spéciale d'installation ou d'en avoir remboursé le montant en cas de perception à tort.

Fait à ....., le

.....  
*Signature*

**CERTIFICAT ADMINISTRATIF ISSR**

**Pour le versement de l'indemnité de sujétions  
spéciales de remplacement (0702) à un enseignant titulaire d'une zone de remplacement  
ANNEE SCOLAIRE 2.....-2.....**

Etablissement de remplacement	Etablissement de rattachement

Le Chef d'Etablissement, de l'établissement de remplacement, certifie que :

M., Mme .....

Grade ..... Discipline : .....

N° Insee .....

1) a pris ses fonctions le : .....

sur le poste de M., Mme .....

Motif de l'absence : .....

2) L'intéressé(e) a cessé ses fonctions  
est toujours en poste } à la date du .....

Quotité de service : .....

Jours travaillés : JOINDRE EMPLOI DU TEMPS

3) Absence(s), obligatoirement déclarée(s) dans GI/GC :

Du .....

Du .....

Du .....

4) L'établissement de remplacement est situé à une distance de ..... Km de l'établissement de rattachement. ([www.viamichelin.fr](http://www.viamichelin.fr) : trajet le plus court)

5) Le code taux applicable pour le paiement de l'indemnité est : ..... (ne pas remplir)

A ..... le .....  
Signature et cachet du Chef d'Etablissement

**L'ENVOI REGULIER DU CERTIFICAT ADMINISTRATIF FACILITE LE SUIVI DES DOSSIERS  
ET LA MISE EN PAIEMENT DE L'INDEMNITE.**

Grade :

Discipline :

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e),

Nom : .....

Prénom : .....

NIR : .....

atteste sur l'honneur :

- ☐ n'avoir jamais perçu de rémunération publique,
- ☐ avoir déjà perçu une rémunération publique, dont le versement a cessé. Mon dernier employeur relevait :
- ☐ d'un service civil de l'État ou de la Direction générale de l'Armement (DGA), (1)
  - ☐ d'un établissement public de l'État, (2)
  - ☐ du Ministère des Armées (personnels militaires hors DGA), (2)
  - ☐ des fonctions publiques territoriale ou hospitalière, (2)
  - ☐ d'un organisme international. (2)

Le versement de cette rémunération publique a cessé le : .....

Nom et coordonnées du dernier employeur public :

.....  
 .....  
 .....

Dates de début et de fin du dernier emploi public :

.....

☐ continuer de percevoir une rémunération publique (cumul d'activités publiques).

Nom et coordonnées de l'autre employeur public :

.....  
 .....  
 .....

Fait à ....., le .....

*Signature*

À l'usage du service gestionnaire -modalités de justification de la cessation de paiement de la rémunération publique antérieure :

(1) par le certificat de cessation de paiement issu de la PSOP ou, par dérogation, par la présente attestation sur l'honneur de l'agent dans les cas suivants :

- date de cessation du versement de la rémunération publique précédente antérieure au 01/01/N-2,

- contrat antérieur d'une durée inférieure à 6 mois au cours d'une période de 12 mois, ou 12 mois au cours d'une période de 18 mois (contrat conclu pour faire face à un accroissement temporaire ou saisonnier d'activité au sens de l'article 7 du décret n°86-83 du 17 janvier 1983).

(2) par la présente attestation sur l'honneur de l'agent.