



RÉGION ACADÉMIQUE  
ÎLE-DE-FRANCE

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION

Versailles, le 6 JUIL. 2017

Le Recteur de l'Académie de Versailles  
Chancelier des Universités

à

Mesdames et Messieurs les Directrices et  
Directeurs des Ecoles privées sous contrat de  
l'Académie de Versailles

S/C de Madame et Messieurs les DASEN

DIVISION  
DES ÉTABLISSEMENTS  
D'ENSEIGNEMENT PRIVÉS

Réf : DEEP/2017-31

DEEP 1 Gestion des maîtres  
Départements 78 et 92  
☎ : 01.30.83.44.07

DEEP 3 Gestion des maîtres  
Départements 91 et 95  
☎ : 01.30.83.44.42

Mail : ce.deep@ac-versailles.fr  
Fax : 01.30.83.50.25

Diffusion :  
Pour attribution : A Pour Information : I

I	DASEN	A	Ecoles privées
	Inspections		ESPE
	CTCM		CROUS
	CD-CS		CRDP
	Lycées		DRONISEP
	Collèges		CIO
	LP		SIEC
	LT-LGT		INSHEA
	LG		CNED
	LPO		Etabs. Privés
	EREA		INEP
	MELH		UNSS
	CIEP		APE
	ERPD		DDJS
	CREPS		CNEFEI
	DRGIS		CNEFASES
	Universités		INJEP
	IUT	I	Représentants des Personnels
Autres : Directions diocésaines			

Nature du document :

- Nouveau  
 Modifié  
 Reconduit

Le présent document comporte :

Circulaire 4 p.  
Annexe 20 p.  
Total 24 p.

**OBJET : Prise en charge financière des maîtres affectés dans les écoles privées sous contrat à la Rentrée Scolaire 2017.**

L'objectif d'assurer à tout nouveau personnel affecté dans votre école le versement de son traitement dans les délais les plus brefs, exige une forte implication des services gestionnaires de la paye mais aussi de vos secrétariats.

Pour tenir cet objectif, je souhaite à nouveau attirer votre attention sur le suivi que vous devez exercer sur la constitution des dossiers de prise en charge et leur transmission aux services gestionnaires des traitements dans le respect d'un calendrier très rigide lié aux contraintes des procédures de la Direction Départementale des Finances Publiques des Yvelines.

Je compte sur vous pour que toutes les opérations effectuées au niveau de votre école ne prennent aucun retard :

✓ Signature des procès-verbaux d'installation dès le 1<sup>er</sup> septembre, jour de la pré-rentrée.

✓ Collecte des documents nécessaires auprès des personnels et transmission des dossiers à la DEEP pour le 5 septembre 2017, délai de rigueur.

Ils devront être adressés au Rectorat – DEEP en indiquant selon leur objet :

- DEEP 1 – pour les départements 78 et 92  
1<sup>er</sup> degré - Département : (indiquer votre département)

ou

- DEEP 3 – pour les départements 91 et 95  
1<sup>er</sup> degré - Département : (indiquer votre département)



## I – Constitution des dossiers de rentrée – annexes 1 à 3

### 1 – Prise en charge administrative et financière des nouveaux enseignants :

Transmettre pour le **5 septembre 2017**, le dossier complet destiné à l'installation administrative et financière des maîtres affectés dans votre école (annexes 1a à 1c).

La liste jointe en annexe (1a) recense les documents à fournir. Ceux-ci doivent comporter des signatures originales, les photocopies n'étant pas acceptées par les services de la DDFIP.

Le PVI (annexe 1b) daté du **1<sup>er</sup> septembre 2017**, date de prise de fonction et d'installation officielle, doit être transmis signé pour le 5 septembre au service gestionnaire, ainsi que la fiche de renseignements (annexe 1c).

☞ **Aucune installation ne doit être indiquée avant le 1<sup>er</sup> septembre 2017.**

Les maîtres ayant une interruption dans leur carrière d'enseignement devront fournir une attestation sur l'honneur (p 2 de l'annexe 1c) précisant leur activité pendant leur période d'absence.

Toute nouvelle prise en charge financière doit être accompagnée d'un RIB original et de la fiche de renseignements (annexe 1c).

### 2 - Maîtres déjà en poste dans l'école :

Pour tout changement de situation financière administrative et/ou financière, transmettre la fiche de renseignements (annexe 1c) accompagnée des justificatifs.

### 3 – Etats de la rentrée :

Pour le **5 septembre 2017**, retourner la liste des maîtres en contrat définitif affectés dans votre école (annexe 2a) ainsi que la liste des délégués (annexe 2b).

### 4 – Prise en charge administrative et financière des suppléants :

La demande de rémunération de suppléance doit être adressée à la DEEP dès la prise de poste et en même temps que la demande de congé du maître suppléé. Le dossier de prise en charge comprend les annexes 1b et 3a.

Seuls les remplacements égaux ou supérieurs à 1 semaine à temps complet de service effectif sont pris en charge par l'Etat.

Rappel : Les maîtres délégués doivent être titulaires au minimum d'une licence ou équivalent.



3/4

## II – Congés de maladie et autorisations d'absence – annexes 4b à 4c

Les demandes de régularisation de congés de maladie et d'autorisation d'absence doivent être formulées sur l'imprimé joint (annexe 3b).

### 1) Les congés de maladie ordinaire

#### Procédure d'octroi :

- Le certificat médical (volet n° 3) doit être envoyé au Directeur de l'école d'affectation du maître sous 48 heures à compter du 1<sup>er</sup> jour d'absence (il doit être lisible). Il est exigible dès le premier jour d'arrêt. Pour les suppléants, les volets 1 et 2 sont destinés à la CPAM.

- La date d'établissement du certificat détermine le début du congé.

- La non-transmission du justificatif dans le délai de 48 heures entraînera un retrait sur salaire, après constat du service non fait.

Par ailleurs, l'administration se réserve le droit de faire effectuer une contre-visite médicale par un médecin assermenté. La présentation à cette visite revêt un caractère obligatoire pour l'enseignant (article 25 du décret n°86-442 du 14 mars 1986).

Pour les congés de maladie entraînant le versement d'indemnités journalières de la Sécurité Sociale (maîtres délégués), vous veillerez à préciser aux enseignants qu'ils doivent transmettre la photocopie de leurs décomptes de remboursement à la DEEP le plus tôt possible. (à l'exception des établissements en contrat simple)

Je vous précise que les avis de reprise après congé de maladie (modèle en annexe 3c) doivent être établis à la date de reprise effective des fonctions des enseignants.

### 2) Les autorisations d'absence (cf circulaire DEEP n° 2017-15 du 16 mars 2017) :

#### Procédure d'octroi :

Les autorisations d'absence doivent être exceptionnelles. Elles sont attribuées au regard des nécessités du service. La continuité du service d'enseignement demeure une priorité.

Les demandes doivent être transmises à la DEEP dans un délai de 48 heures et porter l'avis du directeur (annexe 3b).

Dans le cas d'une absence imprévisible, la régularisation auprès du Directeur doit intervenir dans un délai de 48 heures et être accompagnée d'un justificatif.



Le non respect de ces délais et le constat de l'absence de service fait entraîneront un retrait sur salaire (1/30ème du traitement pour une journée ou une demi-journée d'absence).

#### **Rémunération des autorisations d'absence :**

La décision d'accorder une autorisation d'absence facultative ou de droit avec ou sans traitement relève de la compétence du Recteur.

#### **III - Supplément Familial de Traitement**

Le supplément familial de traitement est un élément du traitement et non une prestation familiale. Il n'est pas cumulable avec un avantage de même nature accordé pour un même enfant par un organisme public ou financé sur fonds publics.

La note technique jointe en annexe 4 rappelle la réglementation en vigueur.

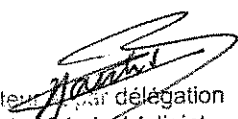
Pour toute nouvelle demande, vous voudrez bien utiliser les imprimés joints en annexe :

- l'imprimé de demande (annexes 4a-4b),
- une attestation selon le cas (annexes 4c à 4e),
- une attestation de paiement d'allocations délivrée par la CAF de votre domicile.

Lors de la demande de prise en charge d'un nouvel enfant, il convient de produire une photocopie du livret de famille et une attestation (voir annexes 4c à 4e). Pour les enfants de 16 à 20 ans encore scolarisés et à charge, produire un justificatif (certificat de scolarité, copie de la carte d'étudiant, copie du contrat d'apprentissage). L'ensemble des documents sera envoyé à la DEEP du Rectorat sous couvert du directeur.

L'attention est attirée sur le fait que tout changement de situation familiale doit être signalé sans retard à la Division des Etablissements d'Enseignement Privés (DEEP) du Rectorat de l'Académie de Versailles.

Je vous remercie de bien vouloir apporter une attention particulière aux respects de ces différentes procédures ainsi qu'aux délais impartis.

  
Pour le Recteur, par délégation  
Le Secrétaire Général Adjoint  
Directeur des Ressources Humaines

Régis HAULET

## SOMMAIRE DES ANNEXES

Document	Désignation
<b>Annexe 1a</b>	Pièces à fournir pour la constitution du dossier administratif des nouveaux maîtres, des délégués et des suppléants
<b>Annexe 1b</b>	Procès-verbal d'installation ou de prolongation
<b>Annexe 1c</b>	Fiche de renseignements
<b>Annexe 2a</b>	Liste alphabétique des maîtres en contrat définitif en poste
<b>Annexe 2b</b>	Etat récapitulatif des maîtres délégués
<b>Annexe 3a</b>	Demande de rémunération de suppléance
<b>Annexe 3b</b>	Demande de congés
<b>Annexe 3c</b>	Bulletin de reprise de service
<b>Annexe 4a à 4f</b>	Supplément familial de traitement
<b>Annexe 5a à 5d</b>	Aptitude à l'exercice d'un emploi public

RÉGION ACADEMIQUE  
ÎLE-DE-FRANCE

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION

**PIECES A FOURNIR POUR LA CONSTITUTION  
DU DOSSIER ADMINISTRATIF  
DES NOUVEAUX MAITRES, DES DELEGUES ET DES SUPPLEANTS  
DU 1<sup>er</sup> DEGRE**

Rectorat  
3, boulevard  
de Lesseps  
78017  
Versailles  
Cedex

Division  
des Etablissements  
d'Enseignement  
Privés  
DEEP

- 1 / Un procès verbal d'installation (PVI) : 2 exemplaires
- 2 / Une fiche de renseignements « prise en charge financière »
- 3 / Une photocopie de la carte d'identité (recto et verso)
- 4 / Un titre de séjour avec autorisation de travailler pour les étrangers
- 5 / Une photocopie du livret de famille (y compris à chaque changement de la situation familiale du maître)
- 6 / Une copie des titres, brevets, diplômes (master, licence, CAP, diplôme d'instituteur),
- 7 / Une attestation d'admission au concours (pour les maîtres stagiaires)
- 8 / Un curriculum vitae indiquant les services antérieurs, même en dehors de l'enseignement
- 9 / Un état signalétique des services militaires,
- 10 / Une photocopie lisible de la carte d'immatriculation à la Sécurité Sociale (carte Vitale)
- 11 / RIB : 1 exemplaire  
Joindre obligatoirement la copie du livret de famille en cas de compte joint  
+ Annexe 1c - prise en charge financière
- 12 / Un certificat d'aptitude à l'exercice d'un emploi public.

N.B. : Les dossiers doivent être adressés :

RECTORAT DE L'ACADEMIE DE VERSAILLES  
DIVISION DES ETABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT PRIVES  
3, boulevard de Lesseps – 78017 VERSAILLES CEDEX

En indiquant dans des envois séparés, soit :

- DEEP 1 Gestion des maîtres du 78 et 92 (1<sup>er</sup> degré)
- DEEP 3 Gestion des maîtres du 91 et 95 (1<sup>er</sup> degré)

## PROCES VERBAL D'INSTALLATION

Cadre à remplir par le chef d'établissement

Je soussigné (e) .....

directeur (trice) de l'école.....commune : .....

RNE : .....

déclare avoir	<input type="checkbox"/> installé	<input type="checkbox"/> prolongé	le : .....
M. (nom prénom) : .....			
nom de jeune fille : .....			
Né(e) le .....		à .....	Nationalité : .....
N° INSEE / / / / / / / / /			
Adresse : .....			
Pour un service hebdomadaire de .....% / 100 %			
Classe :			
En qualité de :	<input type="checkbox"/> professeur des écoles )	<input type="checkbox"/> titulaire d'un agrément	
	<input type="checkbox"/> instituteur )	<input type="checkbox"/> titulaire d'un contrat	
	<input type="checkbox"/> maître délégué		
	- <input type="checkbox"/> sur poste vacant		
	- <input type="checkbox"/> en remplacement de M.....		
	- <input type="checkbox"/> motif de l'absence : .....		

cadre à remplir par l'enseignant

M..... déclare :

- n'avoir jamais occupé d'emploi
- avoir occupé un emploi \*

} dans une autre administration d'Etat, pour une collectivité locale ou un établissement public ou privé (école, collège, lycée, hôpital publics).

\* préciser le nom du dernier employeur.....

• adresse : .....

• date de fin de contrat.....

Fait à ..... le .....

Signature du Directeur (en original)

Cachet de l'école

Signature de l'enseignant (en original)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS  
PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

M.  Mme NOM : ..... CADRE 1

Prénom(s) dans l'ordre de l'état civil : .....

Nom patronymique : .....

Adresse personnelle : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....@ac-versailles.fr

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 la carte VITALE)

Situation familiale :  célibataire  marié(e)\*  PACS\*  divorcé(e)\*  séparé(e)\*  veuf(ve)\* CADRE 3

\* depuis le : .....

Conjoint : NOM : ..... Prénom : .....

NOM patronymique : .....

Activité professionnelle  oui  non

fonctionnaire  oui  non

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

Enfants à charge

NOM Prénom	Date de naissance

**Pour les personnels dont la rémunération est indicée**

Souhaitez-vous percevoir le supplément familial de traitement :  oui  non

Si oui, joindre les pièces justificatives demandées dans le dossier SFT

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) : /

Situation antérieure à la présente prise fonctions

CADRE 5

- titulaire ou non-titulaire de la fonction publique (remplir le formulaire de cumul correspondant le cas échéant)
  - Etat     Hospitalière     Territoriale     Militaire
Position dans votre administration d'origine à la veille de la présente prise de fonctions : .....
- artisan, profession libérale, salarié exerçant dans le secteur privé
- retraité (joindre une photocopie du titre de pension)
- autre, précisez : .....

- Je déclare sur l'honneur n'avoir jamais occupé de poste dans la Fonction Publique (Territoriale, Hospitalière et Etat)
  - Je certifie avoir occupé un poste dans la Fonction Publique (joindre une copie de votre dernier bulletin de paye)
- Soit  Au Ministère de l'Éducation Nationale, y compris établissements d'enseignement privé      CADRE 6
- 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)

- Soit  Dans un autre ministère, une collectivité locale ou un établissement public
- En qualité de : .....
- Coordonnées du dernier service payeur : .....
- .....

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

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 .....

Affectation 2017-2018 : .....

Code établissement : ..... CADRE 7

Etablissement d'affectation : .....

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

à compter du : .....

Logé :  oui  non Nb de pièces : .....

Si non, dérogation :  oui  non

<p>Vu et vérifié (signature et cachet du chef d'établissement)</p>	<p>Je, soussigné(e) ....., certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche*</p> <p>Fait à : .....</p> <p>Le : .....</p> <p>(signature de l'agent)</p>
--	---

\*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. 444-1)

Rectorat de Versailles  
 Division des Etablissements  
 d'Enseignement Privés – DEEP 1/3  
 Gestion Individuelle 1<sup>er</sup> degré

Département : .....

Nom de l'école : ..... Code RNE : .....

Adresse : .....

**LISTE ALPHABETIQUE DES MAITRES EN CONTRAT DEFINITIF  
 EN POSTE DANS L'ETABLISSEMENT**  
 Année Scolaire 2017 / 2018

Nom -Prénom	Classe	Emargement	Observations (1)

Cachet de l'école :

Certifié exact le.....  
 Le Directeur,

(1) Indiquer : - pour les nouveaux maîtres, le nom du maître remplacé.  
 - pour les maîtres absents le jour de la rentrée, le motif, les dates du congé et le nom du suppléant.  
 - temps complet ou partiel

A retourner pour le **5 septembre 2017** à la DEEP – 1<sup>er</sup> degré (département) – courriel : [ce.deep@ac-versailles.fr](mailto:ce.deep@ac-versailles.fr)  
 fax : 01.30.83.50.25

Rectorat de Versailles  
 Division des Etablissements  
 d'Enseignement Privés – DEEP 1/3  
 Gestion Individuelle 1<sup>er</sup> degré

Département : .....

Nom de l'école : ..... Code RNE : .....

Adresse : .....

**LISTE ALPHABETIQUE DES MAITRES DELEGUES**  
 (nommés sur postes vacants, congés parentaux ou CLD)  
 (déjà en poste dans votre école ou dans le département)  
**REPRENANT LEURS FONCTIONS**  
 Année Scolaire 2017/2018

Nom -Prénom	Classe	Emargement	Observations (1)

Cachet de l'école :

Certifié exact le.....  
 Le Directeur,

(1) Indiquer : - temps complet ou partiel  
 - établissement d'affection en 2016/2017

A retourner pour le **5 septembre 2017** à la DEEP – 1<sup>er</sup> degré (département) – courriel : [ce.deep@ac-versailles.fr](mailto:ce.deep@ac-versailles.fr)  
 fax : 01.30.83.50.25

**DEMANDE DE REMUNERATION DE SUPPLEANCE**

**A établir en 1 exemplaire et renvoyer à la DEEP 1 ou DEEP 3**

Nom de l'école : ..... Code RNE : .....

Sous contrat d'association \*       sous contrat simple\*

\* à cocher selon la situation de l'école

**MAITRE A SUPPLEER :**

NOM – Prénom : .....

Absence du : ..... au : ..... motif : .....

Horaire hebdomadaire : / \_\_\_\_\_ % / 100 % /

En cas de travail à temps partiel, jours travaillés : .....

Classe : .....

**PROPOSITION DE SUPPLEANCE**

NOM Prénom : ..... Nom de famille : .....

Dates du remplacement :  
 Du ..... au ..... Pour un horaire de : .....% / 100 %

Dernier poste occupé :

- nom de l'école : ..... commune : .....

- date de fin de fonctions : .....

Fait à ..... le .....

**Le Directeur :**

**Le suppléant (1):**

**Cachet de l'école :**

(1) faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »

Rectorat de Versailles  
 Division des Etablissements d'Enseignement Privés - DEEP  
 Gestion individuelle - 1<sup>er</sup> degré - DEEP 1 - DEEP 3

## DEMANDE DE CONGES :

- CONGE DE MALADIE  
 AUTORISATION D'ABSENCE REGLEMENTAIRE  
 REGULARISATION D'ABSENCE

<b>NOM :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Nom de famille :</b>	
<b>Adresse personnelle :</b>	

ECR :       professeur des écoles       instituteur       maître délégué

<b>Ecole :</b>	<b>Classe :</b>
<b>Dates du congé ou de l'absence :</b>	
Du ..... au .....	
<b>Motif de l'absence :</b>	
<b>Justificatif joint :</b>	

## Organisation de la suppléance éventuelle :

<b>Nom du suppléant :</b> .....	<b>Quotité de service :</b> .....% / 100 %
<b>Dates extrêmes de la suppléance :</b>	

Cachet de l'école :

Fait à ..... le .....  
 Signature du Directeur :

Rectorat de Versailles  
 Division des Etablissements d'Enseignement Privés - DEEP  
 Gestion individuelle - 1<sup>er</sup> degré - DEEP 1 - DEEP 3

### BULLETIN DE REPRISE DE SERVICE

A adresser à la DEEP 1 ou DEEP 3 après toute reprise suivant un congé

NOM Prénom : .....

Ecole : ..... commune : .....

Congé du ..... au .....	Date de reprise de service : .....
-------------------------	---------------------------------------

Fait à ..... Le .....

Signature de l'intéressé (e)

Cachet de l'école :

Signature du Directeur :

Rectorat de Versailles  
 Division des Etablissements d'Enseignement Privés - DEEP  
 Gestion individuelle - 1<sup>er</sup> degré - DEEP 1 - DEEP 3

### BULLETIN DE REPRISE DE SERVICE

A adresser à la DEEP 1 ou DEEP 3 après toute reprise suivant un congé

NOM Prénom : .....

Ecole : ..... commune : .....

Congé du ..... au .....	Date de reprise de service : .....
-------------------------	---------------------------------------

Fait à ..... Le .....

Signature de l'intéressé (e)

Cachet de l'école :

Signature du Directeur :

**SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT****DOSSIER DE PRISE EN CHARGE**

NOM ..... Prénom .....

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

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

Etablissement .....

.....

Pour nous permettre d'examiner vos droits éventuels au supplément familial de traitement, dont les conditions d'attribution sont fixées par la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983, vous voudrez bien faire parvenir, à votre service de gestion, les documents suivants :

**Copie intégrale du livret de famille**

**Attestation ci-jointe** (en fonction de votre situation)

**Choix de l'allocataire**

**Toutes pièces justifiant de votre situation familiale** (jugement d'adoption, de divorce, décision du tribunal fixant la résidence des enfants ...)

**Attestation de paiement de la CAF** (pour 2 enfants ou plus)

**Certificat de scolarité**

**VOTRE SITUATION**

**Si vous vivez seul(e),**  
il vous appartient de compléter  
**l'attestation n° 3**

En cas de divorce ou de séparation, veuillez  
fournir la photocopie du jugement vous confiant  
la garde de(s) l'enfant(s).

**VOTRE SITUATION**

**Si vous êtes marié(e) ou en concubinage,** il  
vous appartient de faire compléter  
**l'attestation n° 1 ou 2**

Si vous avez eu un ou des enfants d'un  
précédent mariage ou concubinage, veuillez  
fournir la photocopie du jugement vous confiant  
la garde de(s) l'enfant(s).

**VOTRE SITUATION**

**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 votre  
ex-conjoint(e) ou concubin(e),  
il vous appartient de compléter  
**l'attestation n° 4.**

Le supplément familial de traitement est un élément de traitement à caractère familial, ouvert en fonction du nombre d'enfants à charge, à raison d'un seul droit par enfant.

Il n'est pas cumulable avec un avantage de même nature servi par l'employeur du conjoint.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (art. L554-1 du code de la Sécurité Sociale)

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

Rectorat de l'académie de Versailles  
3 boulevard de Lesseps – 78017 Versailles cedex

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

Grade : .....

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

**ATTESTATION N° 1**

Attestation à remplir par votre conjoint(e) ou ex-conjoint(e) s'il n'exerce pas d'activités professionnelles, s'il est artisan, commerçant ou exploitant agricole ou s'il exerce une activité libérale.

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné(e) .....  
 déclare sur l'honneur :

- n'exercer aucune activité professionnelle depuis le ..... et m'engage à avertir le service gestionnaire de mon conjoint(e) ou concubin(e) de tout changement de ma situation professionnelle  
*⇒ Veuillez fournir une copie de l'avis d'imposition faisant apparaître votre absence de ressources, un historique de Pôle Emploi, et/ou la copie de la carte d'étudiant, etc...*
  
- être artisan, commerçant ou exploitant agricole depuis le ..... et, de ce fait, ne pas percevoir de supplément familial de traitement.  
*⇒ Veuillez apposer votre tampon professionnel auprès de votre signature et joindre la copie de votre inscription au registre du commerce ou autre, selon le cas.*
  
- exercer une activité libérale en qualité de ..... depuis le .....  
*⇒ Veuillez apposer votre tampon professionnel auprès de votre signature.*

Fait à ....., le .....

Signature





**ATTESTATION N° 2**

Attestation à remplir par l'employeur de votre conjoint(e) ou ex-conjoint(e)

**CERTIFICAT DE L'EMPLOYEUR**

Je soussigné(e) : .....

Fonction exercée : .....

Nom de la société ou raison sociale : .....

Certifie que Madame, Monsieur (1) .....

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, sur-salaire...)

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 conjoint/concubin ou l'ex-conjoint/concubin est rémunéré par une administration, veuillez préciser :**

■ son grade.....

■ sa discipline : .....

■ son lieu d'exercice : .....

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

**ATTESTATION N° 3**

Attestation à remplir si vous vivez seul(e)

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

Je soussigné(e).....
   
 déclare sur l'honneur vivre seul(e) (ni marié(e), ni en concubinage, ni sous le régime du PACS) et
   
 élever seul(e) mon (ou mes) enfant(s) depuis le .....

Enfant(s) à charge :

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

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

Fait à ....., le .....

*Signature*



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

Grade : .....

N° d'INSEE (avec clé) : /

**ATTESTATION N° 4**

**REVERSEMENT DU SFT A L'EX-CONJOINT(E) OU CONCUBIN(E)**

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) ou concubin(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, abandon, divorce ou décès.

#### ALLOCATAIRE

M.  Mme NOM - Prénom ..... NOM patronymique : .....

Adresse : .....

Tél. : .....

N° INSEE : .....

Profession : .....

EMPLOYEUR (Nom et adresse) : .....

..... depuis le : .....

#### CONJOINT/CONCUBIN

M.  Mme NOM - Prénom ..... NOM patronymique : .....

Adresse : .....

Tél. : .....

N° INSEE : .....

Profession : .....

EMPLOYEUR (Nom et adresse) : .....

..... depuis le : .....

#### SITUATION FAMILIALE

Si vous vivez en couple :	vous êtes mariés ..... <input type="checkbox"/> vous vivez maritalement ..... <input type="checkbox"/> vous êtes liés par un PACS ..... <input type="checkbox"/>	depuis le : .....
Si vous vivez seul(e) :	vous êtes célibataire ..... <input type="checkbox"/> 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"/>	depuis le : .....

#### SITUATION DES ENFANTS

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

#### 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.....

RÉGION ACADÉMIQUE  
ÎLE-DE-FRANCE

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION

## Information pour la visite d'aptitude

- Prendre rendez-vous auprès d'un médecin agréé (annexe 5b)
  
- Préciser qu'il s'agit d'une visite médicale d'aptitude pour le recrutement dans l'Education Nationale
  
- Lui remettre :
  - Le certificat d'aptitude (annexe 5c),
  - Le formulaire de remboursement d'honoraires médicaux (annexe 5d).
  
- Le médecin adresse le certificat d'aptitude et la demande de remboursement d'honoraires médicaux au :

Rectorat de Versailles  
Médecin Conseiller Technique du Recteur  
SMIS  
3 boulevard de Lesseps  
78017 Versailles cedex.



RÉGION ACADÉMIQUE  
ÎLE-DE-FRANCE

MINISTÈRE  
DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE  
ET DE L'INNOVATION

Année scolaire 2017 /2018

Les listes des médecins agréés sont disponibles  
sur le site de l'Agence Régionale de Santé :

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/listes-de-medecins-agrees-en-ile-de-france>

Liste des médecins agréés par départements :

- Yvelines (78)
- Essonne (91)
- Hauts de Seine (92)
- Val d'Oise (95)



DPE -  DAPAOS -  DE -  DEEP

DSDEN 78 -  DSDEN 91 -  DSDEN 92 -  DSDEN 95



## CERTIFICAT D'APTITUDE A L'EXERCICE D'UN EMPLOI PUBLIC

Réf :

- Article 5 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires,
- Circulaire du ministère de la fonction publique en application du Décret n° 2011-774 du 28 juin 2011 portant modification du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

Je soussigné(e), Dr.....  
médecin agréé auprès des administrations, certifie avoir examiné :

Madame, Monsieur.....

Né(e) le ..... Adresse.....

Postulant à la fonction de .....

S'il s'agit d'un poste d'enseignant, préciser :

Professeur des écoles .....

Enseignant second degré ⇒ discipline : .....(1)

• Déclare <sup>(2)</sup>:

Reconnaître l'intéressé(e) **apte** à la fonction postulée

Reconnaître l'intéressé(e) **inapte** à la fonction postulée

Que l'aptitude à l'exercice de la fonction postulée **doit faire l'objet d'un examen complémentaire**,  
et être appréciée par un médecin spécialiste agréé en (**indiquer la spécialité**) :

⇒ Joindre à ce document le courrier confidentiel destiné au médecin spécialiste.

Lieu et date

.....  
Signature et cachet du médecin

Document à retourner à l'adresse suivante :

↳ Rectorat de Versailles - 3, boulevard de Lesseps  
Médecin Conseiller Technique du Recteur  
78017 Versailles cedex

(1) La compatibilité de l'état de santé de l'agent avec les conditions de travail liées au poste seront vérifiées par le médecin de prévention.

(2) Cocher l'une des trois cases.

## REMBOURSEMENT D'HONORAIRES MÉDICAUX EN VUE DE L'ADMISSION A UN EMPLOI

Stagiairisation       titularisation       réintégration       contractuel

**(Tout document incomplet sera retourné au médecin par le service gestionnaire)**

Périmètre d'exclusion: tout contractuel recruté par EPLE-collège-lycée (adresser bordereau aux Établissements)

Décret n°86-442 du 14 mars 1986 – Arrêté du 3 juillet 2007 fixant la rémunération des médecins agréés, généralistes et spécialistes visés par le décret n° 86-442 du 14 mars 1986

A remplir par l'agent.	<u>Renseignements concernant la personne examinée :</u>  Nom - Prénom : ..... <u>Date de naissance</u> : ____ / ____ / ____ Corps / Discipline : ..... / .....  Adresse de l'agent : .....  <u>Etablissement d'exercice</u> .....
	<u>Identification du médecin agréé :</u> Nom prénom : ..... Qualité/spécialité : ..... Adresse : ..... SIRET : .....
A remplir par le médecin	<u>Honoraires des examens Application des tarifs conventionnels de sécurité sociale</u> <i>(Arrêté du 3 juillet 2007 fixant la rémunération des médecins agréés, généralistes et spécialistes visés par le décret no 86-442 du 14 mars 1986)</i>
	<input type="checkbox"/> Consultation au cabinet - C – 25€  <u>Coordonnées bancaires ou postales : JOINDRE IMPERATIVEMENT UN RIB PROFESSIONNEL</u> Date de l'examen : ____ / ____ / ____ Cachet et signature du praticien

**Document à retourner à :**

RECTORAT DE VERSAILLES  
Médecin conseiller technique du Recteur/ SMIS  
3, BD DE LESSEPS  
78017 VERSAILLES cedex

A remplir par le service métier	<u>Service fait.</u> Service : DEEP _____ Constatation effectuée par : _____ Date de réception du formulaire : ____/____/20____ Date de complétude du dossier : ____/____/20____  Signature	<u>Réservé DAF</u> <u>Code SE</u> : _____ Arrêté le présent état à la somme de : _____ Euros et _____ centimes <u>N° de DP</u> : _____ <u>Date de validation DP</u> : _____ <u>Programme</u> : _____
---------------------------------	---	---

En application de l'article 53 du décret n°86-442, les honoraires et frais médicaux sont à la charge de l'administration employeur de l'agent. Les tarifs d'honoraires des médecins agréés et les conditions de leurs rémunérations sont fixés par l'arrêté de 3 juillet 2007. En sollicitant l'agrément, les médecins ont fait le choix de respecter les tarifs réglementés.