

SOMMAIRE

DES FICHES ET ANNEXES

Document	Désignation	Nb de pages
Fiche 1	Services gestionnaires des traitements	1 p
Fiche 2	Calendrier	1 p
Fiche 3	Prise en charge d'un personnel titulaire ou non titulaire nouvellement nommé dans votre établissement.	1 p
Fiche 4	Personnels de direction, d'inspection, directeurs des services (DDS), attachés d'administration hors classe (AAHC), administrateurs de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur (AENESR)	1 p
Fiche 5	<u>Rappels réglementaires concernant :</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	3 p
Annexes	Annexe 1 : Fiche de renseignements destinée à la prise en charge financière Annexe 2 : Prime spéciale d'installation Annexe 3 : Certificat administratif ISSR Annexe 4 : Notice de renseignements à compléter pour les personnels de direction, d'inspection, DDS, AAHC et AENESR Annexe 5 : Dossier de prise en charge SFT Annexe 6 : Bordereau d'envoi des pièces nécessaires à la prise en charge du traitement Annexe 7 : Formulaire d'affiliation à la Sécurité sociale MGEN	16 p

Services gestionnaires des traitements

Les traitements de l'ensemble des personnels du 2nd degré sont gérés au Rectorat, 3 boulevard de Lesseps, 78017 VERSAILLES CEDEX.

Division	Service	Catégorie de personnels	Téléphone/E-mail
DE (Division de l'encadrement)		Personnels de direction Personnels d'inspection DDS, AAHC, AENESR	01 30 83 45 94 ce.de@ac-versailles.fr
DPE (Division des personnels enseignants)	DPE 2	Professeurs contractuels Vacataires Maîtres auxiliaires Assistants étrangers AESH-P	01 30 83 43 10 ce.dpe2@ac-versailles.fr
	DPE 3	EAP 2 Contractuels alternants	01 30 83 43 16 / 41 22 ce.professeurs-apprentis@ac-versailles.fr
	DPE 4	Professeurs EPS, Agrégés, Chargés d'enseignement, Adjoints d'enseignement PEGC CPE PSY EN	01 30 83 43 86 ce.dpe4@ac-versailles.fr
	DPE 5	Professeurs de lycées professionnels	01 30 83 47 94 ce.dpe5@ac-versailles.fr
	DPE 6	Agrégés, Certifiés, Adjoints d'enseignement Lettres classiques et modernes, Histoire Géographie	01 30 83 52 30 ce.dpe6@ac-versailles.fr
	DPE 7	Agrégés, Certifiés, Adjoints d'enseignement	01 30 83 43 51 ce.dpe7@ac-versailles.fr
	DPE 8	Disciplines scientifiques, Agrégés, Certifiés, Adjoints d'enseignement	01 30 83 40 24 ce.dpe8@ac-versailles.fr
	DPE 9	Langues vivantes Agrégés, Certifiés, Adjoints d'enseignement Philosophie, SES, Arts Plastiques, Documentation, Education Musicale, STI, Eco Gestion, STMS, Technologie	01 30 83 40 24 ce.dpe9@ac-versailles.fr
	DAPAOS (Division de l'Administration des Personnels ATSS et ITRF)	DAPAOS 1	Personnels administratifs : AAHC, DDS, AAE, SAENES
DAPAOS 2		ADJENES et des ATEE	01 30 83 42 01 ce.dapaos2@ac-versailles.fr
DAPAOS 3		Personnels médico-sociaux	01 30 83 42 01 ce.dapaos3@ac-versailles.fr
DAPAOS 4		ITRF : IGE, IGR, TECH, ATRF	01 30 83 42 01 ce.dapaos4@ac-versailles.fr
DAPAOS 5		Agents non titulaires Apprentis fonction publique	01 30 83 42 01 ce.dapaos5@ac-versailles.fr ce.apprentis@ac-versailles.fr
DEEP (Division des établissements d'enseignement privés)		Personnels enseignants des établissements d'enseignement privés des 1 ^{er} et 2 nd degrés sous contrat	01 30 83 42 71 ce.deep@ac-versailles.fr

Calendrier et dispositions particulières de rentrée

<i>Date</i>	
1^{er} Septembre 2020	<p>Date impérative d'installation de l'ensemble des personnels affectés sur poste à l'année, à porter sur les procès-verbaux d'installation.</p> <p>Aucune installation dans GI/GC ou SUPPLE ne doit être validée avant le 1^{er} septembre.</p>
MERCREDI 2 Septembre 2020 de 10 h à 13 h	<p>Date limite de transmission de l'ensemble des dossiers financiers des nouveaux personnels* et, s'il y a lieu, des procès-verbaux d'installation par porteur, au Rectorat, 3 boulevard de Lesseps, « Salle des Délégations ».</p> <p>*Enseignants stagiaires et titulaires, ATSS/ITRF stagiaires, titulaires et non titulaires.</p>
<u>IMPORTANT</u>	<p>Signaler d'urgence tout agent qui, bien qu'ayant été installé, ne prend pas son poste à la rentrée aux services gestionnaires (et du 24/08 au 11/09/2020 pour les personnels enseignants du 2nd degré, s'adresser à la cellule de rentrée au 01 30 83 49 66).</p> <p>Je vous demande tout au long de l'année de veiller à ce que tout bulletin de paye, pour un personnel qui n'exerce plus dans votre établissement, soit retourné immédiatement au service gestionnaire concerné.</p>

➔ Le respect de ce calendrier est impératif. Vous signalerez tout incident au responsable du service traitement concerné ou au coordonnateur académique paye.

Prise en charge d'un personnel titulaire ou non titulaire nouvellement nommé dans votre établissement

Documents à envoyer aux services de gestion pour la prise en charge :

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

Installation dans GI/GC 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 uniquement, le PVI** signé et comportant :
 - la date d'installation,
 - la date de signature du PVI,
 - la quotité de service.
- ◆ **Pour les agents titulaires de zone de remplacement (TZR) non affectés dans une autre structure, le PVI** établi par l'établissement de rattachement signé et comportant :
 - la date d'installation,
 - la date de signature du PVI.
- ◆ **Pour les agents contractuels ENS et assimilés/ATSS/ITRF :**
 - le contrat signé en original par l'intéressé.

C- Personnels venant d'une autre académie ou d'une autre administration ou d'une collectivité publique ou 1^{er} emploi dans la fonction publique (stagiaires) ou agents contractuels nouvellement recrutés :

- **Fiche de renseignements** destinée à la prise en charge financière (modèle joint en annexe 1).
- **1 RIB/RIP 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)**
- **Photocopie du bulletin de paye** qui permettra l'identification du dernier service gestionnaire le cas échéant
- **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

+ Pour les agents contractuels nouvellement recrutés uniquement :

- **Contrat** signé en original par l'intéressé
- **PVI** signé et comportant la date d'installation, la date de signature du PVI et la quotité de service.

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 :

- **Fiche de renseignements** destinée à la prise en charge financière (modèle joint en annexe 1).
- **1 RIB/RIP 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)**
- **PVI en double exemplaire** signé et comportant la date d'installation, la date de signature du PVI et la quotité de service
- **Attestation d'emploi** d'un intervenant extérieur (voir livret ASIE)
- **Demande ou déclaration d'autorisation de cumul** le cas échéant (cf. circulaire CAP/CL/TS/2019-1129 du 14/05/19)
- **Photocopie du dernier bulletin de salaire précédant la 1^{ère} 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)

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.

RÉGION ACADÉMIQUE
ÎLE-DE-FRANCE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
ET DE LA JEUNESSE

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



**Prise en charge des
Personnels de direction, d'inspection
DDS, AAHC, AENESR**

**Muté(e)s d'une autre académie vers l'académie de Versailles
Nommé(e)s après un concours ou liste d'aptitude, détachement, disponibilité.**



Votre traitement est assuré par la **Division de l'Encadrement**

Pour permettre la prise en charge de votre traitement à compter de la rentrée scolaire, vous voudrez bien compléter le dossier ci-joint :

- **une notice de renseignements administratifs (2 pages recto-verso) - annexe 4**
- **une fiche de renseignements de prise en charge financière - annexe 1**

Pour ce qui concerne le **procès-verbal d'installation**, il sera établi et signé en double exemplaire :

- pour les chefs d'établissement : par l'IA-DASEN, qui nous le transmettra,
- pour les adjoints, les DDS, les AAHC et les AENESR : par le chef d'établissement.

Il doit comporter la date d'installation au 1^{er} septembre et la date de signature du PVI.



Avant de nous retourner ce dossier, vous voudrez bien vérifier que toutes les pièces justificatives y figurent, en marquant d'une croix la liste ci-après :

- () PVI (pour les adjoints, les DDS, les AAHC et les AENESR)
- () RIB/RIP
- () Photocopie R/V de la CNI
- () Photocopie carte VITALE
- () Photocopie du dernier bulletin de paie
- () Dernier arrêté de promotion d'échelon en vue du classement { Indispensable pour le classement
des lauréats - concours
- () Photocopie des états signalétiques et des services militaires { ou des personnels
nommés par liste d'aptitude
- () Pour paiement du SFT dossier complet de prise en charge

Supplément Familial de Traitement (SFT)

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.

Le dossier de demande de SFT est joint à la présente circulaire.

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 vacataires,
 - les directeurs délégués aux formations professionnelles et technologiques
- Les personnels à temps partiels peuvent percevoir de façon ponctuelle des heures supplémentaires effectives (HSE) de remplacement mais pas d'heure supplémentaire année (HSA).

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 »**. (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 conservé au dossier de l'intéressé.

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

Prime spéciale d'installation (Annexe 2)

Peuvent prétendre à cette prime les fonctionnaires 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^{er} échelon est inférieur à l'indice 445 brut ;
- anciens agents contractuels de la fonction publique titularisés, sous réserve que leur nouvelle résidence administrative [*déterminée notamment 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.

Constitution du dossier : Demande de prime spéciale d'installation en double exemplaire.

Indemnité de sujétions spéciales de remplacement (Annexe 3)

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.

Cette double condition est également exigée lorsque la suppléance continue d'un même fonctionnaire résulte de prolongations successives.

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.

Le chef de l'établissement où s'effectue le remplacement, transmet au service gestionnaire du remplaçant les pièces suivantes :

- l'emploi du temps de l'enseignant remplacé, quelle que soit la quotité du service effectuée par le remplaçant
- le procès-verbal d'installation signé par le titulaire de zone de remplacement
- le certificat administratif (annexe 3) établi par le chef d'établissement.

Le dossier doit être établi par l'établissement où s'effectue le remplacement et transmis au service gestionnaire du remplaçant.

L'envoi régulier 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 MICHELIN 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.

Enseignement spécialisé et adapté

Dans le cadre de la réforme de l'enseignement spécialisé et adapté, une harmonisation et une revalorisation des régimes indemnitaires des enseignants des premier et second degrés exerçant dans certaines structures a été réalisée.

Indemnités saisies dans STS

Pour toutes les indemnités suivantes, la saisie est faite **exclusivement dans STS** (cf. circulaire de rentrée de la DOS), 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)

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.

♦ **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^{er} 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 2nd 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^{ère} et de T^{ale} de la voie professionnelle, dans les classes préparant à un CAP et dans les classes de 1^{ère} et de T^{ale} 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^{ère} et de T^{ale} de la voie professionnelle et dans les classes préparant à un CAP.

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS
PRISE EN CHARGE FINANCIERE**

M. Mme NOM : CADRE 1

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

NOM patronymique :

Adresse personnelle :

.....

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 la carte VITALE)

OBLIGATOIRE – Affiliation à la sécurité sociale MGEN :

Nouveaux fonctionnaires Education nationale : cf. formulaire d'affiliation (*annexe 3*)

Nouveaux arrivants déjà fonctionnaires de l'Education nationale : effectuer un changement de centre en cas de changement de département de résidence administrative

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

* depuis le :

Conjoint : NOM : Prénom :

NOM patronymique : Date de naissance :

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 (*annexe 2*)

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	
<ul style="list-style-type: none">• titulaire ou non-titulaire de la fonction publique (<i>compléter impérativement l'annexe 1 bis</i>)• retraité (<i>joindre une photocopie du titre de pension</i>)• n'ayant jamais occupé de poste dans la Fonction Publique (Etat, Hospitalière et Territoriale) (<i>remplir uniquement l'annexe 1 dans ce cas</i>)	
Affectation 2020-2021 :	Code établissement : CADRE 6
Etablissement d'affectation :
Grade :	Discipline ou échelon (le cas échéant) :
à compter du :	Logé* : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Nb de pièces : <i>*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 (annexe 4)</i> Si non, dérogation : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Cadre réservé à l'administration	Je, soussigné(e), certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche* Fait à : Le :
Vu et vérifié (signature et cachet du responsable de la structure)	(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. 444-1)**

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) CADRE 5

Etat (dont les militaires) Hospitalière Territoriale

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

<p>Cadre réservé à l'administration</p> <p>Vu et vérifié (signature et cachet du responsable de la structure)</p>	<p>Je, soussigné(e), certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche*</p> <p style="text-align: right;">Fait à : 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)**

Grade :

Discipline :



DEMANDE DE PRIME SPECIALE D'INSTALLATION (0127) 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 de l'agent)

CERTIFICAT ADMINISTRATIF ISSR

**Pour le versement de l'indemnité de sujétions
Spéciales de remplacement (0702)
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 : 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 ADMINSTRATIF FACILITE LE SUIVI DES
DOSSIERS ET LA MISE EN PAIEMENT DE L'INDEMNITE.**

NOTICE DE RENSEIGNEMENTS (1/2)

A REMPLIR PAR LES PERSONNELS DE DIRECTION
LES DDS, LES AAHC ET LES AENESR
(RECTO/VERSO)

Photo d'identité
obligatoire

En 1 exemplaire

<p>M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/></p> <p>NOM : en lettres capitales</p> <p>Prénoms :</p> <p>Nom de jeune fille :</p> <p>NUMEN :</p> <p>N° sécurité sociale :</p> <p>Adresse personnelle :</p> <p>Tél. personnel :</p> <p>Tél portable :</p> <p>Mel personnel :</p> <p>Date de naissance :</p> <p>Lieu de naissance :</p> <p>Marié(e) : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> : le</p> <p>Nombre d'enfants :</p> <table border="1"> <tr> <td>NOM – PRÉNOM</td> <td>Date de naissance</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>CONJOINT</p> <p>Profession :</p> <p>Coordonnées de l'employeur :</p> <p>Lieu d'exercice :</p> <p>S'il est membre de l'enseignement :</p> <p>Grade : _____ Discipline : _____</p>	NOM – PRÉNOM	Date de naissance	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<p>Grade d'origine :</p> <p>Discipline :</p> <p>Modalité d'accès : concours <input type="checkbox"/> année d'obtention</p> <p>liste d'aptitude <input type="checkbox"/> année d'obtention</p> <hr/> <p>Grade actuel :</p> <p>Classe : Mode d'accès :</p> <p>année d'obtention :</p> <p>Titularisé le :</p> <hr/> <p>Emploi actuel :</p> <p>Etablissement d'exercice :</p> <p>..... Catégorie :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>N° Etab. :</p> <p>Tél. :</p> <p>Titres universitaires * et concours : (préciser la date d'obtention)</p> <p>* joindre une photocopie</p>										
NOM – PRÉNOM	Date de naissance																		
_____	_____																		
_____	_____																		
_____	_____																		
<p>- DISTINCTIONS HONORIFIQUES -</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th><u>Autres distinctions :</u></th> <th><u>Distinction remise le :</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Palmes académiques : / /</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Chevalier, le : / /</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Officier, le : / /</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Mérite, le : / /</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Légion d'honneur, le : / /</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>			<u>Autres distinctions :</u>	<u>Distinction remise le :</u>	Palmes académiques : / /	_____	_____	Chevalier, le : / /	_____	_____	Officier, le : / /	_____	_____	Mérite, le : / /	_____	_____	Légion d'honneur, le : / /	_____	_____
	<u>Autres distinctions :</u>	<u>Distinction remise le :</u>																	
Palmes académiques : / /	_____	_____																	
Chevalier, le : / /	_____	_____																	
Officier, le : / /	_____	_____																	
Mérite, le : / /	_____	_____																	
Légion d'honneur, le : / /	_____	_____																	

SITUATION MILITAIRE :

Service légal accompli : Date : du au

Sursitaire :

Exempté : Réformé : temporairement définitivement

ACTIVITÉS DIVERSES

(Fonctions électives, mission en France et à l'étranger, activités sociales)

Dates	Intitulés

SERVICES RENDUS A L'ÉDUCATION NATIONALE

(Participation à des commissions, à des jurys, à la formation des personnels....)

Dates	Intitulés

TRAVAUX ET PUBLICATIONS

Dates	Intitulés

EXPOSE DETAILLE DES ETATS DE SERVICES

(Postes occupés – nature – lieu – date)

Corps ou grade Emploi ou fonction	Etablissement d'exercice	Durée des services Année – Mois - Jour	Observations Etab. : ZEP –S - V

Je soussigné(e) certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente notice.

A le, Signature de l'intéressé(e)

SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

DOSSIER DE PRISE EN CHARGE

NOM..... Prénom
.....
NOM patronymique :
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 le décret 85-1148 du 24/10/1985 modifié, 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 *le cas échéant*

VOTRE SITUATION

Si vous vivez seul(e),
il vous appartient de compléter
l'attestation n° 1

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 vivez maritalement, il vous appartient
de faire compléter **l'attestation n° 2 ou 3**

Si vous avez eu un ou des enfants d'une
précédente union, 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 l'autre parent, (ex-)conjoint(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



RÉGION ACADÉMIQUE
ÎLE-DE-FRANCE
MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
ET DE LA JEUNESSE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



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 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° 2

ATTESTATION SUR L'HONNEUR à compléter par le 2^{ème} parent

Je soussigné(e)
déclare sur l'honneur :

- n'exercer aucune activité professionnelle depuis le
⇒ *Veillez 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, exercer une activité libérale en qualité de depuis le
⇒ *Veillez apposer votre tampon professionnel auprès de votre signature et joindre la copie de votre inscription au registre du commerce ou autre, le cas échéant.*

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

Tout changement de ma situation professionnelle devra être communiquée au service gestionnaire qui verse le SFT à mon (ex-)conjoint(e)

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^{ème} parent

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 quel qu'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 (ex-)conjoint(e) est rémunéré(e) 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° 4

**REVERSEMENT DU SFT AU 2^{ème} 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^{ème} 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 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.....

Service destinataire :



BORDEREAU D'ENVOI

des pièces nécessaires à la prise en charge du traitement

De M.....

Grade Discipline.....

- Fiche de renseignements** destinée à la prise en charge financière (annexe 1)
- Arrêté de nomination** ou **contrat** pour contractuels ENS et assimilés/ATSS/ITRF, ou **attestation d'emploi** pour les intervenants extérieurs, signé en original
- Procès-verbal d'installation en double exemplaire**
- 1 relevé d'identité bancaire ou postale en original** joint à l'annexe 1
- Photocopie de la carte VITALE** pour les agents nouvellement recrutés
- Photocopie recto-verso de la carte d'identité ou du titre de séjour autorisant son titulaire à travailler** (intervenants extérieurs)
- Photocopie du bulletin de paye** qui permettra l'identification du dernier service gestionnaire
- Formulaire de cumul**
- Avis de pension**
- Dossier de prise en charge du Supplément Familial de Traitement**

OBSERVATIONS

Cachet de l'établissement

Ale.....
Signature du chef d'établissement



Centre de Sécurité sociale MGEN



Demande d'affiliation au centre de MGEN Sécurité sociale

Vous êtes fonctionnaire (stagiaire, titulaire), contractuel-le, pensionné-e de vieillesse ou d'invalidité.

Complétez cette demande d'affiliation.

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.

À 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 ⁽²⁾ Française EEE/Suisse ⁽³⁾ Autre

Sexe ⁽²⁾ M F

Situation de famille ^{(1) (2)}

célibataire marié-e séparé-e divorcé-e

veuf-ve pacsé-e concubin-e depuis le :

Date de naissance | | | | | | | |

Lieu de naissance

Adresse actuelle N° Voie

Code postal

Commune

Téléphone fixe*

Téléphone portable*

J'autorise MGEN à me transmettre des informations dans le cadre de la gestion du régime obligatoire de Sécurité sociale par SMS ⁽²⁾ Oui Non

Courriel*

J'autorise MGEN à me transmettre des informations dans le cadre de la gestion du régime obligatoire de Sécurité sociale par courriel ⁽²⁾ Oui Non

Êtes-vous bénéficiaire de la CMU complémentaire* ^{(1) (2)} : oui non Si oui, auprès de quel organisme ?

Êtes-vous bénéficiaire de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)* ^{(1) (2)} : oui non

SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE ^{(1) (2)}

Situation actuelle ⁽²⁾

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 ⁽²⁾

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 | | | | | | | |

Exercez-vous simultanément une ou plusieurs autres activités professionnelles ? oui non

Si oui : • précisez : Activité salariée Profession indépendante Exploitant-e agricole Autre

• En remplissant cette demande de rattachement, vous optez pour la prise en charge de vos frais de santé par MGEN.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR A COMPLETER 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

*Données facultatives

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

La loi rend possible d'amenda et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages indus (article 313-1 à 313-3, 433-10, 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 de faire obtenir des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17 du code de la Sécurité sociale.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 et au décret n° 2015-390 du 3 avril 2015, la Mutuelle met en oeuvre un traitement de données à caractère personnel concernant ses assurés dans le cadre de ses missions de gestion du régime obligatoire de sécurité sociale. Les informations demandées, à l'exception de celles signalées par un astérisque, sont obligatoires pour le traitement de votre dossier qui à défaut ne peut être effectué. Elles sont destinées à l'usage interne de votre organisme gestionnaire de sécurité sociale et de ses sous-traitants ou prestataires techniques pour la gestion administrative de votre dossier et le traitement de vos droits au titre de l'assurance maladie obligatoire ainsi qu'à l'information sur la protection sociale ; Vous bénéficiez, sur ces données, d'un droit d'accès, de rectification qui peuvent être exercés, par courrier accompagné d'un titre d'identité, auprès de MGEN - Centre de gestion de La Verrière - Gestion CNIL - CS 10601 La Verrière - 6 bis avenue Joseph Rollin - 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex.

** Toutes nos coordonnées sur mgen.fr

Prenez RDV au Centre de Sécurité sociale MGEN



En tant que fonctionnaire stagiaire, vous devez vous inscrire au Centre de Sécurité Sociale MGEN de votre département d'affectation. C'est une démarche obligatoire à effectuer au plus tôt.

Afin de vous informer sur vos droits Sécurité sociale, et vous accompagner dans ces démarches, prenez RDV au plus vite auprès du Centre MGEN de votre département d'affectation.

Compléter le formulaire d'affiliation en page 2. Lors du RDV, votre conseiller MGEN vous apportera des informations sur vos droits sécurité sociale, constituera votre dossier d'affiliation et vous remettra le "Guide Sécurité sociale".

Département d'exercice	Coordonnées du Centre 506 MGEN	Accès
Yvelines	Centre de Sécurité Sociale MGEN 506-78 41 avenue du Centre à Montigny le Bretonneux 78057 St Quentin en Yvelines Cedex Mail : contact78@mgen.fr Tél. dédié pour les RDV : 01 84 95 13 25	Accès : Gare Saint-Quentin-en-Yvelines Ligne N (Montparnasse - Rambouillet) Ligne U (La Défense - La Verrière) Ligne C du RER
	Centre de Sécurité Sociale MGEN 506-78 19/21 avenue Maurice Berteaux 78300 Poissy Mail : contact78@mgen.fr Tél. dédié pour les RDV : 01 84 95 13 25	Accès : Gare de Poissy Ligne SNCF (Paris-Mantes-la-Jolie par Poissy) / Ligne A du RER
Essonne	Centre de Sécurité sociale MGEN 506-91 Section départementale : 1 rue Pasteur 91000 Evry Mail : contact91@mgen.fr Tél. dédié pour les RDV : 01 84 95 13 25	Accès : RER D : station Evry Val de Seine ou Le bras de fer
	Centre de Sécurité sociale MGEN 506-91 Espace Mutuel : 33 Boulevard Dubreuil 91400 Orsay Mail : contact91@mgen.fr Tél dédié pour les RDV : 01 84 95 13 25	Accès : RER B : Gare Orsay Ville
Hauts-de-Seine	Centre de Sécurité sociale MGEN 506-92 30/32 avenue du Général Leclerc 92100 Boulogne-Billancourt Mail : contact92@mgen.fr Tél. dédié pour le RDV : 01 84 95 13 25	Accès : Métro ligne 9 – Arrêt Billancourt
Val d'Oise	Centre de Sécurité sociale MGEN 506-95 1, Place de la Pergola 95090 Cergy-Pontoise Cedex mail : contact95@mgen.fr Tél. dédié pour les RDV : 01 84 95 13 25	Accès : RER A / station Cergy-Préfecture Voiture : Autoroute A15 sortie n° 9

Pièces à présenter lors du RDV!

Dans tous les cas :

- Une copie de l'une des pièces suivantes : carte nationale d'identité (recto/verso), passeport, extrait d'acte de naissance.
- Une copie de votre arrêté de stage ou votre procès-verbal d'installation / ou à défaut la notification de votre réussite au concours ou bien une copie de votre convocation de préentrée + une attestation sur l'honneur mentionnant votre date d'entrée en fonction et votre lieu d'exercice.
- Un Relevé d'Identité Bancaire précisant le code IBAN (identifiant international de compte).

Selon votre situation :

- Une copie lisible du livret de famille (pages correspondant à l'extrait d'acte de mariage) ou une copie de l'attestation d'enregistrement du Pacs ou une déclaration sur l'honneur attestant de votre situation de concubinage.
- Une copie de votre attestation CMU complémentaire.
- Une copie de votre attestation de Tiers payant social si le droit à l'ACS a été accordé.
- Une photocopie de notification de votre éventuelle exonération du ticket modérateur.
- Si vous êtes né(e) à l'étranger, copie d'une pièce d'état civil portant la filiation (avec traduction assermentée si établie en langue étrangère).