



---

**INSPECTIONS PEDAGOGIQUES : ([à compléter obligatoirement par les enseignants en poste dans une autre académie en 2020/2021](#))**

Avez-vous subi une inspection pédagogique au cours de l'année scolaire précédente ?  OUI  NON

Date de la dernière inspection pédagogique : .....

Indiquer ci-contre l'académie où vous avez subi votre dernière inspection :

Indiquer le nom de l'inspecteur qui a procédé à votre inspection :

---

**PRECEDENT(S) ETABLISSEMENT(S) D'EXERCICE:**

<b>Nom et adresse de l'établissement</b>	<b>Fonction</b>	<b>Période</b>
--	-----------------	----------------

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

Je, soussigné(e) ..... (*nom prénom*),  
né(e) le ....., à ..... (*lieu de naissance*),  
maître(sse) nommé(e) à partir du ..... (*date d'installation*),  
**certifie ne pas avoir fait l'objet d'une exclusion de la fonction publique.**

Fait le : .....

A : .....

Signature de l'intéressé(e) :

**ATTESTATION EMPLOYEUR DU CONJOINT OU CONCUBIN**  
**(A FOURNIR SI VOUS AVEZ AU MOINS UN ENFANT A CHARGE ET SOLLICITEZ LE  
VERSEMENT DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT)**

Je soussigné(e) .....  
.....  
certifie que M. ....

Perçoit depuis le ..... le supplément familial de traitement (ou avantage  
de même nature) pour ses ..... enfants à charge ;  
(dans ce cas, veuillez préciser l'indice ou le montant mensuel).

Ne perçoit pas le supplément familial de traitement.

A ....., le .....  
Signature et cachet

Si votre conjoint est rémunéré par le rectorat, cette attestation sera complétée par le service payeur.

Bien vouloir indiquer :

Nom et prénom du conjoint : .....

N° INSEE : .....

Grade : .....

Établissement d'affectation : .....

**CODE ADMINISTRATION / DEPARTEMENT :**

## Supplément Familial de Traitement

### Choix du bénéficiaire

**(ATTESTATION A REMPLIR SI VOUS AVEZ AU MOINS UN ENFANT A CHARGE ET SI VOUS SOLLICITEZ LE VERSEMENT DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT)**

Monsieur : ..... Madame : .....

1. déclarent que :

- le père sera bénéficiaire du supplément familial de traitement  
 la mère sera bénéficiaire du supplément familial de traitement

2. reconnaissent être informés du délai d'un an pendant lequel ce choix ne peut être modifié.

Date : .....

Signature du bénéficiaire

Signature du conjoint

---

### Identification du bénéficiaire

Nom – prénom : .....

N° INSEE : .....

Grade : .....

Établissement d'affectation : .....

Indice : .....

### Identification du conjoint ou concubin

Nom – prénom : .....

N° INSEE : .....

Grade : .....

Établissement d'affectation : .....

Indice : .....