



**DEMANDE D'ATTRIBUTION DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT
SITUATION DES ENFANTS AGES DE PLUS DE 16 ANS ET MOINS DE 20 ANS**

Bénéficiaire du supplément familial de traitement :

NOM : Prénom :

Adresse :

Grade : Discipline :

Affectation :


Renseignements relatif à l'enfant à charge :

NOM : Prénom :

Né(e) le :

En cas de séparation/divorce ► Garde alternée OUI NON

Situation de l'enfant à charge : (cocher la case correspondant à la situation)

- Poursuivant ses études ► joindre un certificat de scolarité.
 - Ne perçoit pas/plus Perçoit l'aide au logement (APL ou ALS) depuis le
 -  *La perception d'une aide au logement entraine la suppression du SFT pour l'enfant concerné.*
 - Exerce une activité professionnelle (*) ► joindre le dernier bulletin de salaire
 - Placé en apprentissage (*) ► joindre la photocopie du contrat d'apprentissage et le dernier bulletin de salaire
- (*) Une activité professionnelle réduite n'est pas incompatible avec le maintien du SFT dès lors que la rémunération nette mensuelle n'excède pas le SMIC brut x 55% multiplié par 169 (Art. 512.2 du code de la sécurité sociale).
A titre indicatif, la rémunération nette mensuelle au 1^{er} janvier 2024 : 1 082,87 € ; au 1^{er} mai 2023 : 1070,78 €.*
- En stage de formation professionnelle ► joindre une attestation de l'organisme responsable du stage.
 - Infirmes, handicapé ou atteint d'une maladie chronique ► joindre une attestation indiquant que cet enfant ouvre droit à l'allocation d'éducation spéciale / un certificat médical attestant l'état de santé de votre enfant.
 - Enfant à la recherche d'un premier emploi ► joindre attestation pôle emploi.
 - Enfant vivant en concubinage ou marié ou ayant conclu un pacte civil de solidarité.
Cet enfant n'est plus considéré comme étant à votre charge au sens du Code de la sécurité sociale.
 - Enfant n'entrant pas dans l'une des catégories énumérées, ci-dessus, et âgé de moins de 20 ans.
Préciser :

Déclaration sur l'honneur A compléter obligatoirement

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce document sont exacts. Je m'engage à faire connaître immédiatement, par écrit, au service gestionnaire, tout changement dans la situation de mon enfant décrite ci-dessus. La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L.554-1 du code de la Sécurité sociale - Article 441-1 du code Pénal).

A , le **Signature :**