

**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<sup>er</sup> janvier 2024 : 1 082,87 € ; au 1<sup>er</sup> 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 :**