**ANNEXE 1**

**Répartition des portefeuilles de gestion**

**Année scolaire 2021/2022**

Vous pouvez retrouver ce document sur le site de la DSDEN de l’Oise : <https://www.ac-amiens.fr/dsden60/021-division-de-la-gestion-des-personnels-1er-degre-dgp.html>

**Vous êtes enseignant(e) du 1er degré public et exercez dans le département de l’aisne (02) :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Votre nom est compris entre celui de …**(classement par ordre alphabétique)* | *Votre gestionnaire est …* | *Adresse mail :* | *Numéro de téléphone :* |
| ABDESSELEM BEN ABBES Maryline et COSTEIRA DE CASTRO Pauline | **Mme Anne HETROY** | plateforme1d-02-03@ac-amiens.fr | 03.44.06.45.51 |
| COTELLE Anne etGERARD Sylvie | **Mme Christine THELLIER** | plateforme1d-02-02@ac-amiens.fr | 03.44.06.45.47 |
| GERARDOT Angélique etLEGRAIN Hervé | **Mme Marie-Laure CADET** | plateforme1d-02-04@ac-amiens.fr | 03.60.36.40.59 |
| LEGRAND Aline etPLANCQUE Inès | **Mme Stéphanie TOXE** | plateforme1d-02-01@ac-amiens.fr | 03.60.36.40.55 |
| PLANSON Anne etZYWICKI Joanne | **M. Jordane FROISSART** | plateforme1d-02-05@ac-amiens.fr | 03.44.06.45.59 |

**Vous êtes enseignant(e) du 1er degré public et exercez dans le département de l’OISE (60) :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Votre nom est compris entre celui de …**(classement par ordre alphabétique)* | *Votre gestionnaire est …* | *Adresse mail :* | *Numéro de téléphone :* |
| ABBADIE Myriam et BOULLENGER Laura | **Mme Carole****LE BELLEC** | plateforme1d-60-07@ac-amiens.fr | 03.44.06.45.46 |
| BOULLENOIS Ludivine et DANGOISSE Lucas | **Mme Marion HALLIER** | plateforme1d-60-01@ac-amiens.fr | 03.44.06.45.38 |
| DANH SANG Grace et DUVIVIER Marie-Charlotte | **Mme Noura POUPART** | plateforme1d-60-06@ac-amiens.fr | 03.44.06.45.46 |
| EDMOND Emilie et HENRY Sylvie | **Mme Cindy DEZ** | plateforme1d-60-02@ac-amiens.fr | 03.44.06.45.44 |
| HERAS Geoffrey et LEPERS Emmanuelle | **Mme Sabine MONTES** | plateforme1d-60-03@ac-amiens.fr | 03.44.06.45.31 |
| LEPHAY Timothée etNUGUES Lucie | **Mme Céline CURCHOD** | plateforme1d-60-05@ac-amiens.fr | 03.44.06.45.66 |
| NUNES Delphine et SAMIER Christelle | **Mme Colette MONTÉ** | plateforme1d-60-08@ac-amiens.fr | 03.44.06.45.42 |
| SAMSON Océane et ZYLA Marie | **Mme Séverine WELKER** | plateforme1d-60-04@ac-amiens.fr | 03.44.06.45.42 |

**Vous êtes enseignant(e) du 1er degré public et exercez dans le département de lA SOMME (80) :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Votre nom est compris entre celui de …**(classement par ordre alphabétique)* | *Votre gestionnaire est …* | *Adresse mail :* | *Numéro de téléphone :* |
| ABADIE Fabienne et CAUX Emilie | **Mme Agnès BARBIER** | plateforme1d-80-02@ac-amiens.fr | 03.60.36.40.57 |
| CAVENEL Héloïse et DENIS Rebecca | **Mme Corinne RIBARD-LEBRUN** | plateforme1d-80-01@ac-amiens.fr | 03.60.36.40.57 |
| DENIZOT Joséphine et JANVIER Virginie | **Mme Laurette MOISSON** | plateforme1d-80-04@ac-amiens.fr | 03.60.36.40.54 |
| JAOUEN Valérie et PECRIAUX Elodie | **Mme Florence POTIER** | plateforme1d-80-05@ac-amiens.fr | 03.60.36.40.52 |
| PEIGNARD Florent et ZUCCHERI Nadia | **Mme Jamila BALI** | plateforme1d-80-03@ac-amiens.fr | 03.60.36.40.52 |

**ANNEXE 2**

**Contrôle et suivi du supplément familial de traitement (SFT)**

**Année scolaire 2021/2022**

*Document à retourner à votre gestionnaire :*

* *Par courriel (cf. Annexe 1)*
* *Ou par voie postale à l’adresse suivant : DSDEN de l’Oise – DGP 2*

*22 avenue Victor Hugo*

*60025 BEAUVAIS CEDEX*

|  |  |
| --- | --- |
| ❑ | Retourner ce formulaire dûment complété et signé accompagné de l’attestation de l’employeur du conjoint. |
| ❑ | **A partir du 2ème enfant**, joindre obligatoirement une attestation de paiement de la CAF. |
| ❑ | Pour les **enfants âgés de plus de 16 ans**, joindre obligatoirement un certificat de scolarité. |
| ❑ | Uniquement pour les **nouvelles demandes de SFT**, joindre le formulaire de droit d’option en matière de désignation de l’agent bénéficiaire du SFT (*cf. Annexe 3*) |
| ❑ | Pour tout changement de situation : joindre tout document relatif à la nouvelle situation familiale (livret de famille, jugement de divorce, ordonnance de non conciliation, etc) |

1. **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BENEFICIAIRE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom d’usage : …………………………………………. | Nom patronymique : ……………………………………. |
| Prénoms : ………………………………………………. | N° INSEE (SS) : …/……/……/……/………/………/….. |
| Adresse postale : …………………………………………………………………………………………………………. |
| Adresse électronique : …………………………………………………………………………………………………… |
| Téléphone : ……/……/……/……/…… |  |

**Situation familiale** [*cocher la case correspondante*] :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| ❑ | Célibataire |
| ❑ | Pacsé(e) depuis le ……/……/………… |
| ❑ | Veuf/Veuve depuis le ……/……/………… |
| ❑ | Séparé(e) légalement depuis le ……/……/………… |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| ❑ | En concubinage depuis le ……/……/………… |
| ❑ | Marié(e) depuis le ……/……/………… |
| ❑ | Divorcé(e) depuis le ……/……/………… |
| ❑ | Séparé(e) de fait depuis le ……/……/………… |

 |

**Enfant(s) à charge**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom et prénom de l’enfant** | **Lien de parenté** (enfant bénéficiaire / enfant du conjoint ou du concubin) | **Date de naissance** | **Situation** (scolarisé, étudiant, apprenti, salarié percevant moins de 55% du SMIC) | **L’enfant est à votre charge effective et permanente ?** (OUI/NON) | **Si l’autre parent n’est pas votre conjoint(e) actuel(le), préciser ses nom et prénom** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CONJOINT(E) OU EX-CONJOINT(E) (parent de votre/vos enfant(s))**

Si la demande de versement du SFT concerne des enfants nés de différentes unions, un exemplaire de cet imprimé doit être complété par chaque conjoint(e) ou ex-conjoint(e) concerné(e).

**En cas d’impossibilité de fournir ce document, vous devez établir une attestation sur l’honneur spécifiant que l’ex-conjoint(e) ne perçoit pas de SFT.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom d’usage : ……………………………..……… | Nom patronymique : …………………………………. |
| Prénoms : ………………………………………….. |  |

**Situation professionnelle** [*cocher la case correspondante*] :

|  |  |
| --- | --- |
| ❑ Le/La conjoint(e) ou ex-conjoint(e) est rémunéré(e) par l’Education Nationale | Fournir une copie de son dernier bulletin de salaire |
| ❑ Le/La conjoint(e) ou ex-conjoint(e) exerce une activité professionnelle dans le secteur public ou privé |

|  |
| --- |
| **ATTESTATION A COMPLETER PAR L’EMPLOYEUR DU/DE LA CONJOINT(E) ou EX-CONJOINT(E)**Je soussigné(e) [*l’employeur*] ………….……………………………………………certifie que [*l’employé(e)*] ……………..……………………………………………..employé(e) depuis le ….../….../…….…. à [*l’entreprise*] : ………………….……..…………………………………………………………………………………………..❑ Ne bénéficie pas du SFT ou de sursalaire à caractère familial.❑ A cessé de bénéficier du SFT ou de sursalaire à caractère familial depuis le …../…../……….❑ Bénéficie du SFT ou d’un sursalaire à caractère familial pour les enfants suivants : …………………………………………………………..…………………………………………………………….………………………………………...Date, cachet et signature de l’employeur : |

 |
| ❑ Le/La conjoint(e) ou ex-conjoint(e) n’exerce pas d’activité professionnelle ou exerce une profession libérale ou à domicile. |

|  |
| --- |
| **ATTESTATION A COMPLETER PAR L’EMPLOYEUR DU/DE LA CONJOINT(E) ou EX-CONJOINT(E)**Je soussigné(e) [*civilité, nom, prénom*] ……………………………………..….…certifie sur l’honneur [*cocher la case correspondante*] :❑ N’exercer aucune activité professionnelle.❑ Etre en congé parental [*préciser les dates*] : …………………………………..❑ Exercer une profession libérale [préciser laquelle] : ……………………….….❑ Autre [à préciser] : …………………………………………………………….…..Date …../…../……….Signature de l’agent : Signature du conjoint/ex-conjoint : |

 |

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 de situation.

Fait à ……………………, le …../…../………..

Signature de l’agent :

**ANNEXE 3**

**Droit d’option en matière de désignation de l’agent bénéficiaire du**

**supplément familial de traitement (SFT)**

Conformément à l’article 20 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, les conjoints (ou concubins) peuvent choisir, d’un commun accord, lequel d’entre eux percevra le supplément familial de traitement (SFT).

À cet effet, vous voudrez bien remplir la partie inférieure du présent imprimé accompagné, le cas échéant, d’un certificat de cessation de paiement établi par l’organisme qui vous versait cet avantage.

|  |
| --- |
| **UNIQUEMENT POUR LES NOUVELLES DEMANDES**(ne pas remplir ce formulaire pour les demandes de renouvellement de SFT) |

N° INSEE – … …… …… …… ……… ……… ……

Nous, soussigné(e)s,

Madame/Monsieur …………………………………………………………………………………………………………, exerçant les fonctions de …………………………………………………………………………………………………….

à …………………………………………………………………………………………………………………………………

❑ *Cocher cette case si sans profession*

Et

Madame/Monsieur …………………………………………………………………………………………………………, exerçant les fonctions de …………………………………………………………………………………………………….

à …………………………………………………………………………………………………………………………………

❑ *Cocher cette case si sans profession*

Désignons d’un commun accord en qualité de bénéficiaire du supplément familial de traitement dû pour les enfants à charge de notre famille :

Madame/Monsieur : …………………………………………………………………………………………………………

À compter du : └┴┴┴┴┴┴┴┘

Fait à ………………………………………, le …../…../……….

Signature du parent 1: Signature de la parent 2 :

**ANNEXE 4**

**Questionnaire destiné aux autorisations d’absence pour soins à enfant malade (SAEM)**

**Année civile 2022**

*Document à retourner à votre gestionnaire :*

* *Par courriel (cf. Annexe 1)*
* *Ou par voie postale à l’adresse suivant : DSDEN de l’Oise – DGP 2*

*22 avenue Victor Hugo*

*60025 BEAUVAIS CEDEX*

1. **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE FONCTIONNAIRE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : ………………………………………………….. | Prénom : ……………………………………………….. |
| Grade : ……………………………………………….... | Département d’exercice : …………………………….. |

Affectation et Ville : …………………………………………………………………………………………………………...

Circonscription : ………………………………………………………………………………………………………………

**Emploi** [*cocher la case correspondante*] :

❑ Temps complet (100%)

❑ Temps partiel (……….%)

* Nombre de demi-journées travaillées par semaine : ………………………..
* Répartition [*rayez les mentions inutiles*] :

Lundi matin / après-midi Mardi matin / après-midi Mercredi matin / après-midi

Jeudi matin / après-midi Vendredi matin / après-midi

**Situation familiale** :

❑ Célibataire….❑ Marié(e)….❑ PACS….❑ Concubinage…. ❑ Séparé(e)…. ❑ Divorcé(e)….❑ Veuf(ve)

1. **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE/LA CONJOINT(E)**

Nom : …………………………………………………… Prénom : ……………………….……………………………

❑ Fonctionnaire

Employeur : …………………………………………………………………………………………………….………..

❑ Non-fonctionnaire

Nom et adresse de l’employeur : ……………..…………………………………..…………………………………..

……...……………………………………………………………………………………………………………………..

❑ Demandeur d’emploi (joindre obligatoirement un justificatif)

Nombre de demi-journées accordées au conjoint par année civile pour soins à enfant(s) malade(s) : ………………

**N.B.** : Joindre obligatoirement une attestation (cf. Annexe 4) délivrée par l’employeur attestant l’attribution ou non-attribution d’un contingent de demi-journées d’absence par année civile pour soins à enfants malades. Un parent peut renoncer au bénéfice de ses autorisations d’absence au profit de l’autre parent.

1. **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’/LES ENFANT(S)**

Nombre d’enfant(s) à charge : …………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom de l’enfant** | **Prénoms de l’enfant** | **Date de naissance de l’enfant** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**N.B.** : Les autorisations d’absence pour soins à enfants malades ne sont accordées que pour des enfants âgés de moins de 16 ans. Toutefois, aucune limite d’âge n’est opposée aux enfants en situation de handicap.

|  |
| --- |
| ***Signaler rapidement tout changement de situation à votre gestionnaire.*** |

Fait à ……………….……………, le ……/……/………..

Signature de l’agent :

**ANNEXE 5**

**Attestation pour soins à enfant malade (SAEM)**

**Année civile 2022**

*Document à retourner à votre gestionnaire :*

* *Par courriel (cf. Annexe 1)*
* *Ou par voie postale à l’adresse suivant : DSDEN de l’Oise – DGP 2*

*22 avenue Victor Hugo*

*60025 BEAUVAIS CEDEX*

|  |
| --- |
| *A faire compléter par l’employeur de votre conjoint(e).**Si ce document n’est pas retourné, seul le nombre de demi-journées réglementaire sera autorisé*. |

Je soussigné(e) [*civilité, nom et prénom de l’employeur*] …………………………………………………………………

certifie que [*civilité, nom et prénom de l’employé(e)*] ……………………………………………………………………..

employé(e) depuis le ……/……/………… à [*nom et adresse de l’entreprise*] : …………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

et conjoint(e) de [*civilité, nom et prénom du (de l’) enseignant(e)*] ………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| ❑ bénéficie | d’autorisations d’absences pour soins à enfant(s) malade(s). |
| ❑ ne bénéficie pas |

Il lui est accordé à ce titre un contingent de ……….. demi-journées d’absences rémunérées pour la période du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2022.

[*Civilité, nom et prénom de l’employé(e)*] ………………………………………………………………………………….

❑ Renonce au bénéfice des demi-journées d’absence au profit de son (sa) conjoint(e).

❑ Conserve le bénéfice de ses demi-journées d’absences.

Fait à …………………………., le ……./……./………….

Cachet et signature de l’employeur :