ACADÉMIE D'AMIENS
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de l'Oise

Division de la Gestion des Personnels
Plateforme interdépartementale de gestion
des enseignants du 1er degré public

Beauvais, le 7 novembre 2022

Dossier suivi par :
Virginie TOROND

DSDEN de l'Oise
22, avenue Victor Hugo
60025 Beauvais Cedex

L'Inspectrice d'académie,
Directrice académique des services de l'Éducation nationale de l'Oise

À

Mesdames et Messieurs les personnels enseignants (pour attribution)

s/c Mesdames et Messieurs les directeurs des écoles du premier degré public (pour attribution)

s/c Mesdames les Inspectrices et Messieurs les Inspecteurs de l'Éducation nationale (pour information)

Objet : Circulaire portant sur le contrôle des conditions de versement du supplément familial de traitement et des autorisations d'absence pour soins à enfant malade – Année scolaire 2022-2023

Pièces jointes :

- **Annexe 1 : Répartition des portefeuilles de gestion 2022-2023**
- **Annexe 2 : Contrôle et suivi du supplément familial de traitement (SFT)**
- **Annexe 3 : Droit d'option en matière de désignation de l'agent bénéficiaire du supplément familial de traitement (SFT)**
- **Annexe 4 : Questionnaire destiné aux autorisations d'absence pour soins à enfant malade (SAEM)**
- **Annexe 5 : Attestation pour soins à enfant malade**

Les éléments relatifs à l'attribution du supplément familial de traitement (SFT) et des autorisations d'absence pour soins à enfant malade (SAEM) sont soumis à un contrôle annuel.
En conséquence, je vous demande de bien vouloir compléter les imprimés ci-joints et de me les retourner accompagnés des pièces justificatives **avant le vendredi 9 décembre 2022**, par mail (*cf. Annexe 1*) ou par voie postale à l'adresse suivante :

DSDEN de l'Oise
Plateforme interdépartementale de gestion des enseignants du 1er degré public (DGP2)
A l'attention de [*Prénom et Nom de votre gestionnaire (cf. Annexe 1)*]
22 avenue Victor Hugo
60025 BEAUVAIS CEDEX

Je vous informe que sans réponse de votre part, mes services procéderont à l'interruption du paiement de cette prestation sur la paie du mois de février 2023.

Toute modification dans la situation familiale ou dans l'activité professionnelle du conjoint, susceptible de modifier les conditions d'attribution du SFT doit être signalée.
De même, toute déclaration erronée fera l'objet d'une reprise du SFT avec effet rétroactif.

Enfin, je vous rappelle que depuis le 12 novembre 2020, il est possible de faire un partage du SFT entre deux agents publics en cas de garde alternée. Si vous êtes dans ce cas et souhaitez des informations, je vous invite à prendre contact avec votre gestionnaire (*cf. Annexe 1*).

Mes services restent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Pour l'Inspectrice d'académie – DASEN,
Et par subdélégation,
La secrétaire générale,

SIGNÉ

Céline LOUIS-SCHUMAN

ANNEXE 1

Répartition des portefeuilles de gestion
Année scolaire 2022/2023

Vous pouvez retrouver ce document sur l'intranet : https://intranet.ac-amiens.fr/3384-division-de-la-gestion-des-personnels-1er-degre-dgp.html?var_mode=calcul

Vous êtes enseignant(e) du 1er degré public et exercez dans le DEPARTEMENT 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 DEBEVES Véronique	**Mme Anne HETROY**	plateforme1d-02-03@ac-amiens.fr	03.44.06.45.51
DEBIAK Catherine et GODIMUS Christine	**Mme Pascale DEVRAIGNE**	plateforme1d-02-02@ac-amiens.fr	03.44.06.45.47
GOGLY Emilie et LIBAULT Flavie	**Mme Marie-Laure CADET**	plateforme1d-02-04@ac-amiens.fr	03.60.36.40.59
LIBEROLLE Pierre-Mathieu et ROTH BIBAUT Amélie	**Mme Christine THELLIER**	plateforme1d-02-01@ac-amiens.fr	03.60.36.40.55
ROUCOULET Christelle et ZYWICKI 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 DEPARTEMENT 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 BOULHAMANE Maria	**Mme Carole LE BELLEC**	plateforme1d-60-07@ac-amiens.fr	03.44.06.45.46
BOULIER Marina 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 HENAUX Agnès	**Mme Cindy DEZ**	plateforme1d-60-02@ac-amiens.fr	03.44.06.45.44
HENIN Candice et LENFANT Karine	**Mme Sabine MONTES**	plateforme1d-60-03@ac-amiens.fr	03.44.06.45.31
LENGAGNE Quentin et NOVAK Caroline	**Mme Céline CURCHOD**	plateforme1d-60-05@ac-amiens.fr	03.44.06.45.66
NOY Maryse 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 DEPARTEMENT 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 COET Laurent	**Mme Agnès BARBIER**	plateforme1d-80-02@ac-amiens.fr	03.60.36.40.57
COFFIGNIEZ Clotilde et DAMBRIN Perrine DENIS Adeline et JOLY Solène	**Mme Laurette MOISSON**	plateforme1d-80-04@ac-amiens.fr	03.60.36.40.54
DAMIEN Jérémy et DEHAIS Gaelle JONCKERS Amandine et PAUCHET Sylvie	**Mme Florence POTIER**	plateforme1d-80-05@ac-amiens.fr	03.60.36.40.52
DEHASPE Mathilde et DENIER Cécile PAUL Céline 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 2022/2023

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**

2. 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 L712-9 du code général de la fonction publique, les fonctionnaires assumant la charge du ou des mêmes enfants désignent d'un commun accord celui d'entre eux à qui le supplément familial de traitement est alloué.
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 2023

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)

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE/LA CONJOINT(E)

Nom : …… Prénom : ……

❑ Fonctionnaire

Employeur : ……

❑ Non-fonctionnaire

Nom et adresse de l'employeur : ……

……

❑ Demandeur d'emploi (<u>joindre obligatoirement un justificatif</u>)

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.

3. 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 2023

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
❑ ne bénéficie pas

d'autorisations d'absences pour soins à enfant(s) malade(s).

Il lui est accordé à ce titre un contingent de …….. demi-journées d'absences rémunérées pour la <u>période du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2023</u>.

[*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 :