

**ÉTABLISSEMENT :****ADRESSE :****CP + VILLE :****RNE :****RÉFÉRENT DES AED :****ADRESSE COURRIEL :****LIGNE TÉL. DIRECTE :****Lycée Jean-Baptiste Kléber**

Service mutualisateur des paies

Gestion des AED

**25, Place de Bordeaux****67082 STRASBOURG CEDEX****SALARIÉ(E) EN CONTRAT :** AED AED PRÉPRO

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

 AED renouvelé au sein de l'établissement Avenant au contrat d'AED

Date du contrat : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Quotité de travail : \_\_\_\_\_

Pour les avenants, date du champ « annule et remplace à compter du » : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Recrutement des personnels par contrat de droit public : CA n° \_\_\_\_ du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ et  
exécutoire le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_**Pièces à produire pour la mise en place de la rémunération****À classer dans l'ordre de la liste. Tout dossier incomplet ne sera pas mis en paiement. NE PAS AGRAFER.**

- Contrat de travail signé
- Acte du chef d'établissement autorisant le recrutement de l'AED
- Procès-verbal d'installation signé
- Relevé d'identité bancaire personnel de l'AED avec nom et prénom
- Le cas échéant, copie du titre de séjour valide avec autorisation de travail

**Pièces à produire pour complément du dossier (joindre les justificatifs)**

- Demande de supplément familial de traitement
- Demande de remboursement forfaitaire des cotisations de protection sociale complémentaire

**Date d'envoi :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date de réception au service mutualisateur :

 Dossier accepté  Dossier refusé