

# DEMANDE DE SUPPLÉMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT (SFT) DOSSIER D'ACTUALISATION 2025-2026

## CONCERNE :

NOM : .....  
PRÉNOM : .....  
ÉTABLISSEMENT : .....

**Le supplément familial de traitement (SFT) est un complément de rémunération versé à tout agent public qui a au moins 1 enfant de moins de 20 ans à charge (au sens des prestations familiales).**

**Vous avez déjà transmis un dossier SFT lors d'une année précédente. Si vous êtes toujours en fonction auprès du même établissement employeur pour l'année scolaire 2025-2026, et en l'absence de tout changement de situation familiale ou professionnelle, seule l'actualisation suivante est requise :**

- Le formulaire d'attribution du SFT dûment complété. [Annexe 1](#)
- Un formulaire par enfant à charge de plus de 16 ans ou qui atteindra 16 ans au cours de l'année scolaire. [Annexe 6](#)

Aucune autre pièce n'est nécessaire sauf en cas de modification de votre situation familiale, professionnelle ou de la situation de l'autre parent (conjoint, ex-conjoint).

Dans ce cas, vous devrez transmettre un dossier complet comprenant l'ensemble des justificatifs actualisés.

Pour rappel, concernant les couples séparés, le SFT est versé à la personne ayant la charge des enfants de manière effective et permanente.

Toute modification de situation familiale (naissance, mariage, divorce...), de situation professionnelle du conjoint, de situation des enfants de plus de 16 ans (signature d'un contrat, perception d'une allocation logement...), doit systématiquement et immédiatement être portée à la connaissance du service gestionnaire chargé de la gestion des dossiers individuels.

Pour toute demande de régularisation rétroactive de SFT (dans la limite de la prescription quadriennale), l'agent doit fournir obligatoirement les justificatifs pour chaque année concernée.

*Toute demande incomplète, comportant des inexactitudes ou des déclarations erronées, sera rejetée. Si le supplément familial de traitement a été accordé sur le fondement d'une fausse déclaration, le service gestionnaire procédera à la répétition des sommes indûment versées.*

*Ce traitement est mis en œuvre sous la responsabilité du chef d'établissement du Lycée Kléber de Strasbourg. Il a pour finalité la gestion de votre dossier administratif et de paye. Ce traitement est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public ou relevant de l'exercice de l'intérêt public dont est investi le responsable de traitement. Le destinataire des données est le service mutualisateur, dans la limite de son attribution. Les données sont conservées de façon sécurisée jusqu'à cessation de fonctions dans l'académie, puis archivées. Pour toute question relative au traitement des données à caractère personnel, vous pouvez contacter le chef d'établissement du Lycée Kléber de Strasbourg, par voie postale (Lycée Kléber – 25 Place de Bordeaux – 67082 Strasbourg Cedex) ou par courrier électronique à : [ce.0670080y@ac-strasbourg.fr](mailto:ce.0670080y@ac-strasbourg.fr) (cette adresse ne doit pas être utilisée pour l'envoi de votre demande supplément familial de traitement).*

*Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, vous disposez des droits d'accès, de rectification, d'effacement (droit à l'oubli) et à la limitation de traitement prévu aux articles 15, 16, 17 et 18 du RGPD. Dans le cadre de l'exercice de vos droits, vous devrez justifier de votre identité par tout moyen. En cas de doute sur votre identité, les services chargés du droit d'accès et la déléguée à la protection des données se réservent le droit de vous demander les informations supplémentaires qui leur apparaissent nécessaires, y compris la photocopie d'un titre d'identité portant votre signature.*

*Si vous estimez, même après avoir introduit une réclamation auprès du responsable de traitement, que vos droits en matière de protection des données à caractère personnel ne sont pas respectés, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07.*

# ANNEXE 1 - FORMULAIRE D'ATTRIBUTION DU SUPPLÉMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

## 1 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AGENT :

NOM  PRÉNOM

N° INSEE

ADRESSE

GRADE  AED  AED PREPRO

ÉTABLISSEMENT D'AFFECTATION

## SITUATION DE FAMILLE (joindre tout justificatif relatif à votre situation)

- Marié(e) depuis le .....  Divorcé(e) depuis le.....
- Pacsé(e) depuis le .....  Séparé(e) légalement depuis le.....
- Concubinage depuis le .....  Séparé(e) de fait depuis le .....
- Célibataire depuis le .....  Veuf(ve) depuis le.....

## 2 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT OU EX-CONJOINT :

- AGENT PUBLIC** ou **AGENT APPARTENANT A UN ORGANISME FINANCE A PLUS DE 50% PAR L'ETAT**
- AGENT DU SECTEUR PRIVE** ou **AUTO ENTREPRENEUR** ou **SANS EMPLOI**

NOM :  PRÉNOM :

N° INSEE :

ADRESSE :

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

**LE CONJOINT BENEFICIE-T-IL DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT OU D'UN AVANTAGE DE MEME NATURE DE LA PART DE SON EMPLOYEUR ?**

- OUI  
 NON

## 3 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS A CHARGE

NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ (1)	SITUATION (2)

(1) : Légitime (issu du mariage des époux ou de l'un des deux) – naturel – adopté – recueilli – enfant du conjoint ou du concubin  
(2) : Moins de 16 ans – collégien – lycéen – étudiant – salarié dont la rémunération ne dépasse pas 55% du SMIC – apprenti

Je soussigné(e) ..... atteste sur l'honneur que l'ensemble des renseignements indiqués sur le présent imprimé est bien exact et sincère.

Je m'engage par ailleurs à prévenir immédiatement l'administration de tout changement intervenant dans ma situation familiale et professionnelle susceptible de modifier mes droits au supplément familial de traitement, sachant que toute déclaration inexacte, incomplète ou tardive de ma part m'exposerait au remboursement des sommes indûment perçues.

A ....., le ..... Signature :

# ANNEXE 6 - SITUATION DES ENFANTS À CHARGE ÂGÉS DE 16 A 20 ANS : REEMPLIR UNE FICHE PAR ENFANT CONCERNÉ

**De 16 à 20 ans, l'enfant est considéré comme à charge, s'il ne perçoit pas une rémunération nette supérieure à 55% du SMIC brut, une allocation de son propre chef (allocation de logement à caractère Social ou aide personnalisée au logement) ou s'il ne vit pas en couple (mariage, pacs, concubinage).**

## **1 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AGENT :**

NOM	<input type="text"/>	PRÉNOM	<input type="text"/>
N° INSEE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ADRESSE	<input type="text"/>		
GRADE	<input type="checkbox"/> AED	<input type="checkbox"/> AED PREPRO	
ÉTABLISSEMENT D'AFFECTATION	<input type="text"/>		

## **2 - RENSEIGNEMENT RELATIF A L'ENFANT**

NOM	<input type="text"/>	PRÉNOM	<input type="text"/>
NÉ(E) LE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### **Rappel : non considéré comme étant à votre charge :**

- Enfant vivant en concubinage ou marié ou ayant conclu un pacte civil de solidarité.
- Enfant percevant l'APL ou l'ALS

## **3 - SITUATION DE L'ENFANT À CHARGE :** (cocher la case correspondant à la situation)

**Poursuivant ses études**

→ Joindre un certificat de scolarité.

**Placé en apprentissage**

→ Joindre une copie du contrat d'apprentissage.

**En stage de formation professionnelle**

→ Joindre une attestation de l'organisme responsable du stage de formation professionnelle indiquant la durée, le type et la rémunération.

**Infirmes, handicapés ou atteints d'une maladie chronique**

→ Joindre une attestation indiquant que cet enfant ouvre droit à l'allocation d'éducation spéciale ou un certificat médical attestant l'état de santé de votre enfant.

**Enfant n'entrant pas dans l'une des catégories énumérées, ci-dessus, et âgé de moins de 20 ans**

→ Joindre une attestation justifiant de sa situation.

À NOTER : Une activité professionnelle réduite n'est pas incompatible avec le maintien du SFT dès lors que la rémunération mensuelle n'excède pas 55% du SMIC mais vous devez fournir les bulletins de salaire de votre enfant ou avis de paiement pôle emploi, selon le cas.

Je soussigné(e) ..... atteste sur l'honneur que l'ensemble des renseignements indiqués sur le présent imprimé est bien exact et sincère. Je certifie également que l'enfant cité ci-dessus, dont j'assume la charge de manière permanente, n'exerce aucune activité professionnelle rémunérée au-delà de 55% du SMIC.

Je m'engage par ailleurs à prévenir immédiatement l'administration de tout changement intervenant dans la situation de mon enfant susceptible de modifier mes droits au supplément familial de traitement, sachant que toute déclaration inexacte, incomplète ou tardive de ma part m'exposerait au remboursement des sommes indûment perçues.

A ....., le ..... Signature :