



**ACADÉMIE
DE STRASBOURG**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**CHANGEMENT DE DOMICILIATION DE TRAITEMENT
ASSISTANT D'ÉDUCATION EN CDD**

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

Je soussigné(e),

Nom usuel :

Nom de naissance :

Prénom :

Adresse :

Établissement employeur :

**demande que mon traitement soit versé sur le compte courant mentionné dans le relevé d'identité
bancaire joint à cette demande. Nom de la banque :**

Fait à le

Signature de l'intéressé(e)

Validation du chef d'établissement :

Fait à le

Signature et cachet du chef d'établissement

Date de réception au service mutualisateur :

Effectif sur la paye de :