



NOM : ..... Prénom : .....  
N° d'INSEE (avec clé) : /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/

Selon votre situation antérieure à la présente prise de fonctions :

CADRE 5

- titulaire ou non-titulaire de la fonction publique (*compléter impérativement l'annexe 1 bis*)
- retraité (*joindre une photocopie du titre de pension*)
- n'ayant jamais occupé de poste dans la Fonction Publique (Etat, Hospitalière et Territoriale) (*remplir uniquement l'annexe 1 dans ce cas*)

Affectation 2022-2023 :

Code établissement : .....

CADRE 6

Etablissement d'affectation : .....

.....

Grade : .....

Discipline ou échelon (le cas échéant) : .....

à compter du : .....

Logé\* :  oui  non Nb de pièces : .....

*\*A préciser uniquement pour les agents logés par nécessité absolue de service ou par convention d'occupation à titre précaire en veillant à compléter impérativement dans le mois qui suit votre installation une déclaration d'avantages en nature logement (annexe 4)*

Si non, dérogation :  oui  non

**Cadre réservé à l'administration**

Vu et vérifié  
(signature et cachet  
du responsable de la structure)

Je, soussigné(e) .....,

certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente  
fiche\*

Fait à : .....

Le : .....

(signature de l'agent)

**\*La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (Code pénal Titre IV : Des atteintes à la confiance publique art. 444-1)**



NOM : ..... Prénom : .....  
N° d'INSEE (avec clé) : /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS  
PRISE EN CHARGE FINANCIERE**

Je certifie avoir occupé un poste de titulaire ou non-titulaire dans la Fonction Publique (joindre une copie de votre dernier bulletin de paye)

CADRE 5

Etat (dont les militaires)     Hospitalière     Territoriale

Si  Au Ministère de l'Éducation Nationale, y compris établissements d'enseignement privé  
Préciser votre NUMEN : .....

*Merci d'indiquer ci-dessous le dernier emploi tenu*

Du ... au ...	Fonction	Etablissement / Académie (si hors académie de Versailles, préciser le dernier service payeur)

Si  Dans un autre ministère, une collectivité territoriale ou un établissement public  
En qualité de : .....  
Coordonnées du dernier service payeur (cf. bulletin de salaire) : .....  
- Employeur/Service/Gestionnaire : .....  
- Mail : .....  
- Téléphone : .....  
- Adresse : .....

A remplir dans le cas d'une période interruptive entre votre ancien employeur Fonction Publique et votre prise de fonctions :  
Je, soussigné(e)  Madame  Monsieur ..... déclare n'avoir jamais repris d'activité ou n'avoir perçu de rémunération de la Fonction Publique d'Etat, Hospitalière ou Territoriale depuis le .....

<p><b>Cadre réservé à l'administration</b></p>  Vu et vérifié (signature et cachet du responsable de la structure)	<p>Je, soussigné(e) ....., certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche* Fait à : ..... Le : ..... (signature de l'agent)</p>
--	--

*\*La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (Code pénal Titre IV: Des atteintes à la confiance publique art. 444-1)*