

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS
PRISE EN CHARGE FINANCIERE**

M. Mme NOM : CADRE 1


Prénom(s) dans l'ordre de l'état civil :
NOM patronymique :
Adresse personnelle :
.....
Téléphone : E-mail :

Date et lieu de naissance : CADRE 2

Si né(e) à l'étranger : NOM et prénom du père :
NOM et prénom de la mère :

N° d'INSEE (avec clé) : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

(joindre une photocopie lisible de la carte VITALE)

 **OBLIGATOIRE** – Affiliation à la sécurité sociale MGEN :
Nouveaux fonctionnaires Education nationale : *cf. note d'information site DSDEN 91*
Nouveaux arrivants déjà fonctionnaires de l'Education nationale : effectuer un changement de centre en cas de changement de département de résidence administrative

Situation familiale : célibataire marié(e)* PACS* divorcé(e)* séparé(e)* veuf(ve)* CADRE 3

* depuis le :
Conjoint : NOM : Prénom :
NOM patronymique : Date de naissance :
Activité professionnelle oui non
Fonctionnaire oui non
Nom et adresse de l'employeur :
.....

Enfants à charge :

NOM Prénom	Date de naissance

Pour les personnels dont la rémunération est indicée
Souhaitez-vous percevoir le supplément familial de traitement : oui non
Si oui, joindre les pièces justificatives demandées dans le dossier SFT (annexe 2)

Références bancaires : joindre 1 RIB/RIP au format BIC/IBAN en original, sans mention manuscrite
(Attention le NOM figurant sur le RIB sera celui de la prise en charge ; en cas de discordance, joindre la copie du livret de famille)

Renseigner impérativement les coordonnées bancaires de façon manuscrite ci-dessous : CADRE 4
Code établissement Code guichet N° compte Clé RIB
/_____/ /_____/ /_____/ /_____/

IBAN /_____/ /_____/ /_____/ /_____/ /_____/ /_____/ /_____/

BIC /_____/

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 : ...DSDEN DE L'ESSONNE

Grade : ...Professeur des écoles contractuel.....

Discipline ou échelon (le cas échéant) :

à compter du : / /2022.....

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'Education 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>Cadre réservé à l'administration</p> <p>Vu et vérifié (signature et cachet du responsable de la structure)</p>	<p>Je, soussigné(e), certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche*</p> <p style="text-align: right;">Fait à : Le :</p> <p>(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)*