

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. formulaire d'affiliation (annexe 3)

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

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) : /

Situation antérieure à la présente prise de fonctions

CADRE 5

titulaire ou non-titulaire de la fonction publique (remplir le formulaire de cumul correspondant le cas échéant)
 Etat (dont les militaires) Hospitalière Territoriale
Compléter impérativement l'annexe 1 bis

retraité (joindre une photocopie du titre de pension)

autre, précisez :

Je déclare sur l'honneur n'avoir jamais occupé de poste dans la Fonction Publique (Etat, Hospitalière et Territoriale)

CADRE 6

Affectation 2018-2019 (si vous en avez connaissance) : Code établissement : CADRE 7

Etablissement d'affectation :

Grade : Discipline ou échelon (le cas échéant) :

à compter du :

Logé* : oui non Nb de pièces :

Si non, dérogation : oui non

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)

*Uniquement dans le cadre de l'évaluation de l'avantage en nature logement (cf. note de service DAF C2 n° 2007-053 du 05/03/2007 - BOEN n° 11)

**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)