

Département

☐ 16 | ☐ 17 | ☐ 79 | ☐ 86

☐ Notice **initiale** (premier recrutement ou arrivée dans l'académie)

☐ Notice **modificative** (changement de situation)

NOTICE DE RENSEIGNEMENTS

NUMEN si agent connu de l'Education nationale :

→ Date d'entrée dans la fonction publique : ____/____/____

• **Données personnelles :**

Nom d'usage : Nom de naissance : Prénoms :

Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance : Département : _____ Sexe : ☐ F | ☐ M

Pays de naissance : Nationalité : Reconnu travailleur handicapé : ☐ Oui | ☐ Non

N° de S.S : Caisse de S.S : ☐ MGEN | ☐ CPAM | ☐ MSA | ☐ Autre :

Diplômes :

Exercez-vous une autre activité (**cumul**) : ☐ Oui | ☐ Non | Si oui, laquelle ?

• **Coordonnées :**

Adresse : Code postal : ____ _

Ville : Courriel :

N° téléphone fixe : ____ _ N° téléphone portable : ____ _

• **Situation antérieure :**

Avez-vous déjà occupé un emploi dans la Fonction Publique (d'Etat, territoriale ou hospitalière) ? ☐ Oui | ☐ Non

Avez-vous déjà occupé un emploi au ministère de l'Education Nationale ? ☐ Oui | ☐ Non

Quel organisme vous a rémunéré ? (Nom et adresse) :

Avez-vous déjà été **AESH** ? ☐ Oui | ☐ Non - Si oui, dans quelle académie ?.....

• **Situation familiale :**

☐ Célibat

☐ Concubinage – (date : ____/____/____)

☐ Mariage – (date : ____/____/____)

☐ PACS – (date : ____/____/____)

☐ Séparation – (date : ____/____/____)

☐ Divorce – (date : ____/____/____)

☐ Veuvage – (date : ____/____/____)

Informations du/de la conjoint/e :

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénoms :

Date de naissance : ____/____/____

Employeur :

• **Enfants à charge vivants dans votre foyer :**

NOM	Prénom	Date de naissance	Situation (écolier, étudiant...)

• Souhaitez-vous percevoir le **Supplément Familial de Traitement** (Le 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) ? ☐ Oui | ☐ Non

• **Pièces à joindre obligatoirement** (scannées de préférence ou photos lisibles) :

- copie recto/verso de la carte d'identité
- copie de la carte vitale ou de l'attestation de droits à la sécurité sociale en cours de validité
- copie complète du livret de famille
- **RIB à votre nom et prénom** (sur la fiche RIB prévue à cet effet, à compléter et signer)
- si RQTH, joindre une copie de la notification.

Fait à

Le ____/____/____

Signature :