

Beauvais, le 20 novembre 2023

Monsieur l'Inspecteur d'Académie,
Directeur académique des services de l'Éducation
nationale de l'Oise
À

Mesdames et Messieurs les personnels enseignants
(pour attribution)
s/c Mesdames et Messieurs les directeurs des écoles
du premier degré public (pour attribution)
s/c Mesdames les Inspectrices et Messieurs les
Inspecteurs de l'Éducation nationale
(pour information)

Dossier suivi par :
Audrey MULON

DSDEN de l'Oise
22, avenue Victor Hugo
60025 Beauvais Cedex

Objet : Circulaire portant sur le contrôle des conditions de versement du supplément familial de traitement et des autorisations d'absence pour soins à enfant malade – Année scolaire 2023-2024

Pièces jointes :

- **Annexe 1 : Répartition des portefeuilles de gestion 2023-2024**
- **Annexe 2 : Contrôle et suivi du supplément familial de traitement (SFT)**
- **Annexe 3 : Droit d'option en matière de désignation de l'agent bénéficiaire du supplément familial de traitement (SFT)**
- **Annexe 4 : Questionnaire destiné aux autorisations d'absence pour soins à enfant malade (SAEM)**
- **Annexe 5 : Attestation pour soins à enfant malade**

Les éléments relatifs à l'attribution du supplément familial de traitement (SFT) et des autorisations d'absence pour soins à enfant malade (SAEM) sont soumis à un contrôle annuel.

En conséquence, je vous demande de bien vouloir compléter les imprimés ci-joints et de les retourner accompagnés des pièces justificatives **avant le vendredi 9 décembre 2023, par mail à votre gestionnaire.** (cf. Annexe 1)

Je vous informe que sans réponse de votre part, mes services procéderont à l'interruption du paiement de cette prestation sur la paie du mois de février 2024.

Toute modification dans la situation familiale ou dans l'activité professionnelle du conjoint, susceptible de modifier les conditions d'attribution du SFT doit être signalée.

De même, dès lors qu'un enfant perçoit de l'APL, il n'est plus considéré à charge au sens des prestations familiales et il n'est pas possible de percevoir le SFT pour cet enfant.

Enfin, toute déclaration erronée fera l'objet d'une reprise du SFT avec effet rétroactif.

Aussi, je vous rappelle que depuis le 12 novembre 2020, il est possible de faire un partage du SFT entre deux agents publics en cas de garde alternée. Si vous êtes dans ce cas et souhaitez des informations, je vous invite à prendre contact avec votre gestionnaire (cf. Annexe 1).

Mes services restent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

L'Inspecteur d'académie – DASEN,
Et par subdélégation,
Le secrétaire général,

SIGNE

Romain Delaruelle

RÉPARTITION DES PORTEFEUILLES DE GESTION DES ENSEIGNANTS DU 1^{ER} DEGRÉ PUBLIC DE L'ACADÉMIE D'AMIENS

*Division de la Gestion des Personnels 1^{er} degré (DGP)
Plateforme interdépartementale de gestion des enseignants du 1^{er} degré public (DGP 2)*

Mme Emeline CHAMPNEUF
Cheffe de la DGP

Courriel : ce.dgp60@ac-amiens.fr
Téléphone : 03.44.06.45.53

Mme Audrey MULON
*Responsable de la plateforme –
Adjointe à la cheffe de division*
Courriel : plateforme1d@ac-amiens.fr
Téléphone : 03.60.36.40.58

M. Jordane FROISSART
*Coordonnateur des bureaux de l'Aisne, de l'Oise et de la
Somme*
Courriel : plateforme1d-02-05@ac-amiens.fr
Téléphone : 03.44.06.45.59

ATTENTION – IMPORTANT : À chaque prise de contact avec la plateforme interdépartementale de gestion des enseignants du 1^{er} degré public, veuillez à mentionner dans votre courriel ou par téléphone :

- Votre département d'exercice
- Votre nom et prénom
- Votre affectation

Gestion des enseignants du 1^{er} degré public exerçant dans le DÉPARTEMENT DE L' AISNE (02) :

| <i>Le nom de l'enseignant(e) est compris entre celui de ... (classement par ordre alphabétique)</i> | <i>Sa / Son gestionnaire est ...</i> | <i>Adresse mail de la / du gestionnaire :</i> | <i>Numéro de téléphone de la / du gestionnaire :</i> |
|---|--------------------------------------|--|--|
| ABDESSELEM BEN ABBES Maryline et DEBIENNE Sabrina | Mme Anne HETROY | plateforme1d-02-03@ac-amiens.fr | 03.44.06.45.51 |
| DEBOUCHE Sabine et HENON Léa | Mme Pascale DEVRAIGNE | plateforme1d-02-02@ac-amiens.fr | 03.44.06.45.47 |
| HENRIET Patricia et MARTIGNY Brigitte | Mme Marie-Laure CADET | plateforme1d-02-04@ac-amiens.fr | 03.60.36.40.59 |
| MARTIN Camille et TAISNE Vanessa | Mme Christine THELLIER | plateforme1d-02-01@ac-amiens.fr | 03.60.36.40.55 |
| TAKANIKO Stéphanie et ZYWICKI Joane | M. Jordane FROISSART | plateforme1d-02-05@ac-amiens.fr | 03.44.06.45.59 |

Gestion des enseignants du 1^{er} degré public exerçant dans le DÉPARTEMENT DE L'OISE (60) :

| <i>Le nom de l'enseignant(e) est compris entre celui de ... (classement par ordre alphabétique)</i> | <i>Sa / Son gestionnaire est ...</i> | <i>Adresse mail de la / du gestionnaire :</i> | <i>Numéro de téléphone de la / du gestionnaire :</i> |
|---|--------------------------------------|--|--|
| ABBADIE Myriam et BREUILLER Isabelle | Mme Carole LE BELLEC | plateforme1d-60-07@ac-amiens.fr | 03.44.06.45.46 |
| BREVET Géraldine et DELEGRANGE Isabelle | Mme Cassandra PRUNIER | plateforme1d-60-01@ac-amiens.fr | 03.44.06.45.38 |
| DELEPAUT Céline et GALLET Emmanuelle | Mme Emilie JANOUIX | plateforme1d-60-06@ac-amiens.fr | 03.44.06.45.46 |
| GALLY Claire et LAMERAND Juliette | Mme Cindy DEZ | plateforme1d-60-02@ac-amiens.fr | 03.44.06.45.44 |
| LAMERE Camille et MICO Justine | Mme Sabine MONTES | plateforme1d-60-03@ac-amiens.fr | 03.44.06.45.31 |
| MIDDERNACHT Lisa et ROUGEMONT Frédéric | Mme Céline CURCHOD | plateforme1d-60-05@ac-amiens.fr | 03.44.06.45.66 |
| ROUGET Anaëlle et ZYLA Marie | Mme Séverine WELKER | plateforme1d-60-04@ac-amiens.fr | 03.44.06.45.42 |

Gestion des enseignants du 1^{er} degré public exerçant dans le DÉPARTEMENT DE LA SOMME (80) :

| <i>Le nom de l'enseignant(e) est compris entre celui de ... (classement par ordre alphabétique)</i> | <i>Sa / Son gestionnaire est ...</i> | <i>Adresse mail de la / du gestionnaire :</i> | <i>Numéro de téléphone de la / du gestionnaire :</i> |
|---|--------------------------------------|--|--|
| ABADIE Fabienne et CARON-WALLET Isabelle | Mme Clémence ROUSSEL | plateforme1d-80-02@ac-amiens.fr | 03.60.36.40.57 |
| CAROUGE Fanny et DURY Charlotte | Mme Lethisia DUBOIS | plateforme1d-80-01@ac-amiens.fr | 03.60.36.40.57 |
| DUSSUELLE Emmanuelle et LECAT Stéphanie | Mme Laurette MOISSON | plateforme1d-80-04@ac-amiens.fr | 03.60.36.40.54 |
| LECHEVIN Delphine et PIERSON Juliette | Mme Florence POTIER | plateforme1d-80-05@ac-amiens.fr | 03.60.36.40.52 |
| PILLET Delphine et ZUCCHERI Nadia | Mme Jamila BALI | plateforme1d-80-03@ac-amiens.fr | 03.60.36.40.52 |

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CONJOINT(E) OU EX-CONJOINT(E) (parent de votre/vos enfant(s))

Si la demande de versement du SFT concerne des enfants nés de différentes unions, un exemplaire de cet imprimé doit être complété par chaque conjoint(e) ou ex-conjoint(e) concerné(e).

En cas d'impossibilité de fournir ce document, vous devez établir une attestation sur l'honneur spécifiant que l'ex-conjoint(e) ne perçoit pas de SFT.

Nom d'usage :

Nom patronymique :

Prénoms :

Situation professionnelle [cocher la case correspondante] :

- Le/La conjoint(e) ou ex-conjoint(e) est rémunéré(e) par l'Education Nationale

Fournir une copie de son dernier bulletin de salaire

- Le/La conjoint(e) ou ex-conjoint(e) exerce une activité professionnelle dans le secteur public ou privé

ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR DU/DE LA CONJOINT(E) ou EX-CONJOINT(E)

Je soussigné(e) [l'employeur]
certifie que [l'employé(e)]
employé(e) depuis le/...../..... à [l'entreprise] :

- Ne bénéficie pas du SFT ou de sursalaire à caractère familial.
 A cessé de bénéficier du SFT ou de sursalaire à caractère familial depuis le/...../.....
 Bénéficie du SFT ou d'un sursalaire à caractère familial pour les enfants suivants :

.....
Date, cachet et signature de l'employeur :

- Le/La conjoint(e) ou ex-conjoint(e) n'exerce pas d'activité professionnelle ou exerce une profession libérale ou à domicile.

ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR DU/DE LA CONJOINT(E) ou EX-CONJOINT(E)

Je soussigné(e) [civilité, nom, prénom]
certifie sur l'honneur [cocher la case correspondante] :

- N'exercer aucune activité professionnelle.
 Etre en congé parental [préciser les dates] :
 Exercer une profession libérale [préciser laquelle] :
 Autre [à préciser] :

Date/...../.....

Signature de l'agent :

Signature du conjoint/ex-conjoint :

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce document sont exacts. Je m'engage à faire connaître immédiatement, par écrit, au service gestionnaire, tout changement de situation.

Fait à, le/...../.....

Signature de l'agent :

ANNEXE 3

Droit d'option en matière de désignation de l'agent bénéficiaire du supplément familial de traitement (SFT)

Conformément à l'article L712-9 du code général de la fonction publique, les fonctionnaires assumant la charge du ou des mêmes enfants désignent d'un commun accord celui d'entre eux à qui le supplément familial de traitement est alloué.

À cet effet, vous voudrez bien remplir la partie inférieure du présent imprimé accompagné, le cas échéant, d'un certificat de cessation de paiement établi par l'organisme qui vous versait cet avantage.

UNIQUEMENT POUR LES NOUVELLES DEMANDES
(ne pas remplir ce formulaire pour les demandes de renouvellement de SFT)

N° INSEE –

Nous, soussigné(e)s,

Madame/Monsieur, exerçant les fonctions de
.....

à

Cocher cette case si sans profession

Et

Madame/Monsieur, exerçant les fonctions de
.....

à

Cocher cette case si sans profession

Désignons d'un commun accord en qualité de bénéficiaire du supplément familial de traitement dû pour les enfants à charge de notre famille :

Madame/Monsieur :

À compter du :

Fait à, le/..../.....

Signature du parent 1:

Signature du parent 2 :

ANNEXE 4

Questionnaire destiné aux autorisations d'absence pour soins à enfant malade (SAEM) Année civile 2024

Document à retourner à votre gestionnaire :

- Par courriel (cf. Annexe 1)

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE FONCTIONNAIRE

| | |
|---------------|--------------------------------|
| Nom : | Prénom : |
| Grade : | Département d'exercice : |

Affectation et Ville :

Circonscription :

Emploi [cocher la case correspondante] :

- Temps complet (100%)
- Temps partiel (.....%)
 - Nombre de demi-journées travaillées par semaine :
 - Répartition [rayez les mentions inutiles] :

Lundi matin / après-midi
Jeudi matin / après-midi

Mardi matin / après-midi
Vendredi matin / après-midi

Mercredi matin / après-midi

Situation familiale :

Célibataire.... Marié(e).... PACS.... Concubinage.... Séparé(e).... Divorcé(e).... Veuf(ve)

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE/LA CONJOINT(E)

Nom : Prénom :

Fonctionnaire

Employeur :

Non-fonctionnaire

Nom et adresse de l'employeur :

.....

Demandeur d'emploi (joindre obligatoirement un justificatif)

Nombre de demi-journées accordées au conjoint par année civile pour soins à enfant(s) malade(s) :

N.B. : Joindre obligatoirement une attestation (cf. Annexe 4) délivrée par l'employeur attestant l'attribution ou non-attribution d'un contingent de demi-journées d'absence par année civile pour soins à enfants malades. Un parent peut renoncer au bénéfice de ses autorisations d'absence au profit de l'autre parent.

3. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'/LES ENFANT(S)

Nombre d'enfant(s) à charge :

| Nom de l'enfant | Prénoms de l'enfant | Date de naissance de l'enfant |
|--|--|--|
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

N.B. : Les autorisations d'absence pour soins à enfants malades ne sont accordées que pour des enfants âgés de moins de 16 ans. Toutefois, aucune limite d'âge n'est opposée aux enfants en situation de handicap.

Signaler rapidement tout changement de situation à votre gestionnaire.

Fait à, le/...../.....

Signature de l'agent :

ANNEXE 5

**Attestation pour soins à enfant malade (SAEM)
Année civile 2024**

Document à retourner à votre gestionnaire :

- Par courriel (cf. Annexe 1)

A faire compléter par l'employeur de votre conjoint(e).

Si ce document n'est pas retourné, seul le nombre de demi-journées réglementaire sera autorisé.

Je soussigné(e) [civilité, nom et prénom de l'employeur]

certifie que [civilité, nom et prénom de l'employé(e)]

employé(e) depuis le/...../..... à [nom et adresse de l'entreprise] :

.....

.....

et conjoint(e) de [civilité, nom et prénom du (de l') enseignant(e)]

bénéficie

d'autorisations d'absences pour soins à enfant(s) malade(s).

ne bénéficie pas

Il lui est accordé à ce titre un contingent de demi-journées d'absences rémunérées pour la période
du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2023.

[Civilité, nom et prénom de l'employé(e)]

Renonce au bénéfice des demi-journées d'absence au profit de son (sa) conjoint(e).

Conserve le bénéfice de ses demi-journées d'absences.

Fait à, le/...../.....

Cachet et signature de l'employeur :