Annexe II - C

ACADEMIE DE STRASBOURG

DIRECTION DES SERVICES DÉPARTEMENTAUX
DE L'ÉDUCATION NATIONALE DU BAS-RHIN
PAGE 1D
65 AVENUE DE LA FORÊT NOIRE
67083 STRASBOURG CEDEX

Réintégration suite à disponibilité

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Ce document est à renvoyer à la DSDEN du Bas-Rhin, dans le cas d'une demande de réintégration, accompagné des pièces justificatives nécessaires (cf. verso)
Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre dossier administratif et au versement de votre traitement.

IDENTIFICATION

NOM D'USAGE : ……

NOM DE FAMILLE : ……

PRENOMS : ……

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : ……

N° D'IMMATRICULATION A LA SECURITÉ SOCIALE
(joindre obligatoirement une copie de votre carte vitale)

ADRESSE PERSONNELLE : N° ……. RUE ……

……

CODE POSTAL …… COMMUNE ……

TÉLEPHONE FIXE …… TÉLEPHONE PORTABLE ……

COURRIEL ……

FONCTION ET POSTE OCCUPÉS : ……

DATE D'INSTALLATION : ……

FONCTION ET AFFECTATION PRÉCÉDENTES : ……
DANS LE CAS D'UNE AFFECTATION PRÉCÉDENTE DANS UNE ADMINISTRATION PUBLIQUE, PRODUIRE UN CERTIFICAT DE CESSATION DE PAIEMENT ; INDIQUEZ VOTRE NUMEN (Numéro Education Nationale) POUR UNE AFFECTATION PRÉCÉDENTE À L'ÉDUCATION NATIONALE.

N U M E N

SITUATION DE FAMILLE

EN CAS DE MODIFICATIONS ULTÉRIEURES DE VOTRE SITUATION PERSONNELLE N'OUBLIEZ PAS, DANS VOTRE INTERÊT, DE LE SIGNALER AU SERVICE GESTIONNAIRE AVEC LES PIÈCES JUSTIFICATIVES UTILES.

ÉTAT CIVIL (CELIBATAIRE, MARIE, PACS, CONCUBINAGE, DIVORCE, SEPARE, VEUF) : ……

DATE DE MARIAGE, PACS, CONCUBINAGE : ……

DATE DE DIVORCE, SÉPARATION, VEUVAGE : ……

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ENFANTS QUEL QUE SOIT LEUR ÂGE (à charge ou non) :

Nom	**Prénom usuel**	**Date de naissance**	**Préciser à charge ***	**Enfant** légitime, adopté, reconnu (…)	**En cas de décès, indiquer la date**
			OUI - NON		
			OUI - NON		
			OUI - NON		
			OUI - NON		
			OUI - NON		

* Rayer la mention inutile.

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU CONJOINT OU AU CONCUBIN :

NOM : …… PRÉNOM : ……

NOM DE FAMILLE : …… DATE DE NAISSANCE : ……

PROFESSION EXACTE :

EST-IL FONCTIONNAIRE OU AGENT DE L'ÉTAT, DES COLLECTIVITES TERRITORIALES OU DES HOPITAUX :

□ OUI □ NON

SI OUI, INDICE RÉEL : ……

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR : ……

……

PERÇOIT-IL LE SUPPLÉMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT (SFT) OU UN SURSALAIRE FAMILIAL ?

□ OUI □ NON

Si NON, prière de joindre les pièces suivantes :

- **Une attestation de non versement du supplément familial de traitement établie par l'employeur de votre conjoint.**
- **Une attestation de versement des allocations familiales de la CAF (les noms et prénoms des enfants à charge doivent y figurer) : cette attestation est éditable sur internet par l'agent avec son numéro d'allocataire (SFT pour deux enfants ou plus)**

ÉMARGEMENT

JE SOUSSIGNÉ (E), CERTIFIE SUR L'HONNEUR, EXACTES LES INDICATIONS CI-DESSUS.

FAIT À ……., LE ……

SIGNATURE :

PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE (RÉCAPITULATIF) :

RIB / RICE	A transmettre obligatoirement pour votre prise en charge financière. Joindre un document original. **Votre adresse actuelle (telle que mentionnée sur la première page de ce document) doit y figurer ainsi que votre prénom en cas de compte joint (Exemple : M. Xavier Dupont et/ou Mme Françoise Dupont).**
Certificat de cessation de paiement	A transmettre obligatoirement pour votre prise en charge financière dans le cas d'une affectation précédente dans une administration publique.
Attestation non versement SFT	En cas de non paiement du SFT par l'employeur de votre conjoint(e).
Copies du livret de famille	En cas de situation familiale autre que célibataire et si vous avez des enfants.
Copie de la carte vitale	A transmettre obligatoirement.
Un extrait d'acte de naissance	A transmettre obligatoirement.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à votre service gestionnaire dont les coordonnées figurent au recto de ce document.