



académie
Besançon

Région académique
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ



Fiche de renseignements

Ce document est indispensable à la prise en charge financière des agents

GRADE : AESH

Lycée Jacques Duhamel

Pôle de gestion AESH HT2

Av Charles Laurent Thouverey . BP 08 . 39107 DOLE Cedex

Mme DAGNICOURT Séverine AESH HT2 départements 70 et 39
☎ 03 84 79 42 30 - Mail : aeshht2@ac-besancon.fr

Mme MARGUET Véronique AESH HT2 départements 25 et 90
☎ 03 84 79 42 37 - Mail : aeshht2_1@ac-besancon.fr

1. Identification administrative

NOM d'usage :

NOM de naissance :

Prénoms :

Date et lieu de naissance : / / à

Département : Pays :

Nationalité :

Adresse personnelle :

Code postal :

VILLE :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Courriel :

Département d'exercice : Territoire de Belfort Jura Haute-Saône Doubs

Situation familiale Joindre le livret de famille ou tout autre document justifiant la situation familiale

Célibataire

Séparé(e) à compter du :

Marié(e) à compter du : .

Divorcé(e) à compter du :

Concubin à compter du :

Veuf (ve) à compter du :

Pacsé (e) à compter du :

CONJOINT :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Nom et adresse de son employeur :

Votre conjoint perçoit-il le supplément familial de traitement ? OUI NON

ENFANTS :

NOM de naissance	Prénom	Date de naissance	Si enfant de + de 16 ans Préciser sa situation

Personne à prévenir :

NOM de naissance :

Prénoms :

Lien avec l'agent :

Adresse personnelle :

Code postal :

VILLE :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Courriel :

2. Identification financière

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale :

(15 caractères)

AFFILIATION SECURITE SOCIALE

Nom et adresse de votre caisse primaire d'assurance maladie actuelle :

Avez-vous une mutuelle : OUI NON

Si oui, et adresse de la mutuelle :

Coordonnées bancaires (RIB)

3. Position à l'égard de la réglementation sur le cumul d'activités

Pour les fonctionnaires ou agents publics de l'Etat, ces informations sont indispensables pour la gestion de votre carrière (droit à l'information sur la retraite). Tout changement de situation doit être signalé au service gestionnaire

- Etes-vous titulaire d'une ou plusieurs pensions ? OUI NON

Précisez la nature :

- Emergez-vous, à un titre quelconque, à un autre budget public ? OUI NON

Indiquez si c'est à titre principal ou à titre secondaire :

Nom et adresse de l'organisme payeur :

- Exercez-vous, à titre professionnel, une autre activité privée rémunérée : OUI NON

Identification de l'employeur :

Nature de l'activité :

4. Activités professionnelles antérieures (précisez les dates)

Informations importantes:

« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la rémunération des agents publics participant, à titre accessoire, à des activités de gestion de personnels et paie.

Les destinataires des données sont :

- Les services de gestion de personnels ;
- La coordination académique de la paie ;
- Les services informatiques ;
- La direction régionale des finances publiques (DDFiP).

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 :

Lycée Jacques Duhamel - Av Charles Laurent Thouverey . BP 08 . 39107 DOLE Cedex

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Responsabilité de l'agent (alinéa 2 de l'article 37-1 de la loi n°2000-321 du 12 avril 2000) :

- Lorsque l'agent omet de prévenir l'administration d'un changement de situation personnelle ou familiale c'est le délai de prescription de droit commun qui s'impose, en l'occurrence 5 ans.
- De plus, si l'agent, transmet de fausses informations lui permettant d'obtenir un avantage financier indu, il n'y a pas de délai de prescription puisque les décisions obtenues par fraude établie dans le respect de la procédure contradictoire, peuvent être retirées à tout moment et qu'il incombe à l'administration d'en tirer toutes les conséquences légales.

Je soussigné(e) _____ atteste sur l'honneur que l'ensemble des renseignements indiqués sur le présent imprimé (2 pages recto-verso) est bien exacte et sincère. **Je m'engage par ailleurs à prévenir immédiatement l'Administration de tout changement intervenant dans ma situation familiale et professionnelle** susceptible de modifier mes droits sachant que toute déclaration inexacte, incomplète ou tardive de ma part m'exposerait au remboursement des sommes indûment perçues.

Fait à _____ le _____
Signature :

PIECES A FOURNIR (selon la situation personnelle de l'agent)

Attention : un dossier incomplet ne pourra pas être traité

Pièces jointes obligatoires pour la signature du contrat et la mise en paiement :

- Fiche de renseignement complétée et signée
- R.I.B.
- copie livret de famille si le RIB ne contient pas vos noms et prénoms
- Attestation de Sécurité Sociale (ou copie **lisible** de la carte vitale)
- Copie pièce d'identité
- fiche de renseignements casier judiciaire
- certificat médical d'aptitude à l'emploi délivré par un médecin agréé
(obligatoire pour mise en paiement)
Liste sur : (<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/medecins-agrees-12>)
- demande de cumul d'activité (si cumul d'emplois)
- demande de supplément familial de traitement (avec pièces justificatives en page 2 du document)

Partie réservée à l'Administration

SFT : OUI NON

Affiliation sécurité sociale : MGEN CPAM

Date définitive de fin d'activité :

Motif :