**ACADEMIE DE LILLE**
RECTORAT -20, rue St Jacques B.P 709 59033 LILLE CEDEX

**EXPEDITEUR**

**Nom et Adresse de l'Etablissement**

**N° RNE : I_I_I_I_I_I_I_I_I_I N° BFE :**

**DESTINATAIRE**

☐ **DEVEP**
- ☐ Service général
- ☐ Pôle gestion des personnels
  - ☐ Bureau de l'encadrement
  - ☐ Bureau des personnels ATOSS
  - ☐ Bureau des ANT, MI-SE, AED
- ☐ Pôle établissements
  - ☐ Bureau des RI

☐ **DPE**
Bureau ☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ Service affectation
Pole 1 ☐
Pole 2 ☐

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS - TRAITEMENTS -
## Année scolaire 2009/2010

**A N'ETABLIR QUE POUR LES PERSONNELS NOUVELLEMENT NOMMES DANS L'ACADEMIE, LES NON TITULAIRES ET STAGIAIRES D'IUFM NOUVELLEMENT NOMMES EN QUALITE DE TITULAIRE, LES PERSONNELS DE RETOUR APRES INTERRUPTION D'ACTIVITE (CONGE PARENTAL, DISPONIBILITE...)**

**COMPLETEE AVEC LE MAXIMUM DE PRECISIONS accompagnée des justificatifs demandés, cette fiche, remise à votre CHEF D'ETABLISSEMENT PERMET LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE REMUNERATIONS DANS LES MEILLEURS DELAIS**

I) ETAT CIVIL :

**NOM** (en capitales) : _____ Nom de jeune fille : _____

Prénoms : _____

Né(e) le : _____ à _____ Département ou pays : _____

Nationalité : _____ Numéro d'assuré social (personnel) et Clé

Si vous avez un NUMEN, veuillez l'indiquer

II) SITUATION FAMILIALE

☐ Célibataire
☐ Marié(e) }
☐ Séparé(e) }
☐ Divorcé(e) } depuis le _____
☐ Veuf (ve) }
☐ En concubinage }

Nombre d'enfant(s) à charge : _____

Adresse personnelle (en caractère d'imprimerie) : _____

_____ Téléphone personnel (facultatif) : _____

**S'agit-il d'un logement de fonction concédé par nécessité absolue de service ?** ☐ **OUI** ☐ **NON**

III) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT OU LE CONCUBIN

NOM et Prénom : _____ Nom de jeune fille : _____

1) s'il n'est pas fonctionnaire : Profession :
Nom et adresse de l'employeur

2) s'il est fonctionnaire : Ministère de Tutelle :
Etablissement d'exercice :
Fonction :

IV) POSITION MILITAIRE

Service national actif effectué du _____ au _____ (durée légale : ne pas inclure les périodes de rappel)
☐ libéré ☐ réformé ☐ exempté ☐ sursitaire ☐ incorporable le _____

V) SITUATION ADMINISTRATIVE

GRADE : _____ éventuellement fonction particulière : _____

AVEZ-VOUS DEJA ETE SALARIE(E) ? ☐ OUI ☐ NON

SI OUI, AVEZ-VOUS DEJA ETE EMPLOYE(E) DANS UNE DES FONCTIONS PUBLIQUES (ETAT, COLLECTIVITES TERRITORIALES, HOSPITALIERES) ?

☐ **OUI** Ministère de tutelle ou collectivité de rattachement :

- grade :
- affectation :

- académie (pour le Ministère de l'Education Nationale)
- NUMEN :
- dernière période travaillée :
- dernier service préliquidateur de la paie :

- adresse :

- Nom du correspondant :

Ceci pour que nous puissions réclamer votre **CERTIFICAT DE CESSATION DE PAIEMENT S'il est en votre possession, il est indispensable de nous le transmettre.**

☐ **NON** - quel a été votre dernier emploi :

- désignation de l'employeur :

SECURITE SOCIALE :
Régime actuel : _____ Caisse de rattachement : _____
(voir votre carte de S.S.)

MUTUELLE :
**Etes-vous affilié(e) à la M.A.G.E.** : ☐ OUI ☐ NON

**Etes-vous affilié(e) à la M.G.E.N. :** ☐ OUI ☐ NON

**Pièces à joindre**

☐ 2 copies du livret de famille (ou de la carte d'identité pour les célibataires) certifiées conformes par votre chef d'établissement.
☐ 2 RIB, RIP... (**non manuscrits**), libellés à votre nom et prénom et fournis par l'établissement teneur du compte sur lequel vous demandez le virement de votre traitement (strictement personnels ou compte joint : M. ou Mme
☐ 2 photocopies de l'attestation de la carte vitale.

**TOUS LES CHANGEMENTS DANS LES RENSEIGNEMENTS DONNES CI-DESSUS DEVRONT ETRE SIGNALES DANS LES PLUS BREFS DELAIS, PAR ECRIT, avec pièces justificatives si nécessaire.**

Certifié exact, à _____ le _____
Signature obligatoire