

NOTICE DE RENSEIGNEMENTS DOSSIER ADMINISTRATIF

- ☐ **INITIALE** (premier recrutement ou arrivée dans l'académie de Poitiers - Enseignement privé second degré)
☐ **MODIFICATIVE** Remplir la rubrique concernée et joindre une pièce justificative

Etablissement d'affectation :

.....
.....

CONSTITUTION OU MISE A JOUR DU DOSSIER ADMINISTRATIF

NOM D'USAGE :

.....

Nom PATRONYMIQUE :

.....

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Lieu de naissance :

.....

Diplômes : (préciser notamment la date d'obtention)

.....

.....

.....

.....

.....

N° d'immatriculation Sécurité Sociale :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NUMEN [si attribué]

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse :

.....

.....

Tél. :/...../...../.....

Portable :/...../...../.....

Mel :@.....

S'agit-il d'un premier emploi dans l'enseignement ? ☐ Oui ☐ Non [voir au dos]

A le

Signature :

INSPECTIONS PEDAGOGIQUES : ([à compléter obligatoirement par les enseignants en poste dans une autre académie en 2020/2021](#))

Avez-vous subi une inspection pédagogique au cours de l'année scolaire précédente ? ☐ OUI ☐ NON

Date de la dernière inspection pédagogique :

Indiquer ci-contre l'académie où vous avez subi votre dernière inspection :

Indiquer le nom de l'inspecteur qui a procédé à votre inspection :

PRECEDENT(S) ETABLISSEMENT(S) D'EXERCICE:

Nom et adresse de l'établissement	Fonction	Période
-----------------------------------	----------	---------

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je, soussigné(e) (*nom prénom*),
né(e) le, à (*lieu de naissance*),
maître(sse) nommé(e) à partir du (*date d'installation*),
certifie ne pas avoir fait l'objet d'une exclusion de la fonction publique.

Fait le :

A :

Signature de l'intéressé(e) :

ATTESTATION EMPLOYEUR DU CONJOINT OU CONCUBIN

**(A FOURNIR SI VOUS AVEZ AU MOINS UN ENFANT A CHARGE ET SOLLICITEZ LE
VERSEMENT DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT)**

Je soussigné(e)

certifie que M.

☐ Perçoit depuis le le supplément familial de traitement (ou avantage
de même nature) pour ses enfants à charge ;
(dans ce cas, veuillez préciser l'indice ou le montant mensuel).

☐ Ne perçoit pas le supplément familial de traitement.

A, le

Signature et cachet

Si votre conjoint est rémunéré par le rectorat, cette attestation sera complétée par le service payeur.

Bien vouloir indiquer :

Nom et prénom du conjoint :

N° INSEE :

Grade :

Établissement d'affectation :

CODE ADMINISTRATION / DEPARTEMENT :

Supplément Familial de Traitement

Choix du bénéficiaire

(ATTESTATION A REMPLIR SI VOUS AVEZ AU MOINS UN ENFANT A CHARGE ET SI VOUS SOLLICITEZ LE VERSEMENT DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT)

Monsieur : Madame :

1. déclarent que :

- ☐ le père sera bénéficiaire du supplément familial de traitement
☐ la mère sera bénéficiaire du supplément familial de traitement

2. reconnaissent être informés du délai d'un an pendant lequel ce choix ne peut être modifié.

Date :

Signature du bénéficiaire

Signature du conjoint

Identification du bénéficiaire

Nom – prénom :

N° INSEE :

Grade :

Établissement d'affectation :

Indice :

Identification du conjoint ou concubin

Nom – prénom :

N° INSEE :

Grade :

Établissement d'affectation :

Indice :