**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 :