

INTERROGATEUR EN CLASSES PREPARATOIRES PIECES À FOURNIR

Le dossier et les pièces justificatives sont à déposer **au plus vite** au bureau de M. QUILLET secrétaire des CPGE (C207A).

ATTENTION ⇒ *seuls les exemplaires papiers sont acceptés par le service financier du Rectorat (pas de documents scannés).*

Professeur en poste dans un lycée privé, militaire ou à l'université :

- Fiche de renseignements pour la prise en charge financière*
- Attestation d'emploi d'un intervenant extérieur*
- Demande d'autorisation de cumul **ou** formulaire de l'université pour les professeurs du supérieur*
- 2 RIB non manuscrits ⁽¹⁾ d'un compte hors livret d'épargne (comportant nom et prénom ⁽²⁾)*
- Copie **lisible** de la carte vitale (en couleur si possible)*
- Copie **lisible** d'une pièce d'identité officielle*
- Copie du dernier bulletin de salaire*

⁽¹⁾ Pour les personnes ayant déjà rempli un dossier pour l'année scolaire 2022-2023, merci de bien vouloir signaler si un changement d'établissement bancaire est intervenu depuis la rentrée.

⁽²⁾ Pour les femmes mariées, en cas de RIB comportant la mention « M et/ou Mme... », une copie du livret de famille est indispensable.

Horaires d'ouverture du secrétariat CPGE :

- Lundi, mardi, jeudi, vendredi de 7h30 à 12h00 et de 13h30 à 16h45
- Mercredi de 7h30 à 12h00

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

PRISE EN CHARGE FINANCIERE

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme NOM : Prénom(s) dans l'ordre de l'état civil : NOM patronymique : Adresse personnelle : CP: Commune : Téléphone : E-mail :	CADRE 1								
Date et lieu de naissance : Si né(e) à l'étranger : NOM et prénom du père : NOM et prénom de la mère : N° d'INSEE (avec clé) : /__//__//__//__//__//__//__//__//__//__/ (joindre une photocopie lisible de la carte VITALE)  OBLIGATOIRE Affiliation à la sécurité sociale MGEN : Nouveaux fonctionnaires Education nationale : cf. formulaire d'affiliation (annexe 3) Nouveaux arrivants déjà fonctionnaires de l'Education nationale: effectuer un changement de centre en cas de changement de département de résidence administrative	CADRE 2								
Situation familiale : <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e)* <input type="checkbox"/> PACS* <input type="checkbox"/> divorcé(e)* <input type="checkbox"/> séparé(e)* <input type="checkbox"/> veuf(ve)* * depuis le : Conjoint : NOM : Prénom : NOM patronymique : Date de naissance : Activité professionnelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Fonctionnaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Nom et adresse de l'employeur : Enfants à charge	CADRE 3								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;">NOM Prénom</th> <th style="width:50%;">Date de naissance</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	NOM Prénom	Date de naissance							
NOM Prénom	Date de naissance								
Pour les personnels dont la rémunération est indicée Souhaitez-vous percevoir le supplément familial de traitement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, joindre les pièces justificatives demandées dans le dossier SFT (annexe 2)									
Références bancaires : joindre 1 RIB/RIP au format BIC/IBAN en original, sans mention manuscrite (Attention le NOM figurant sur le RIB sera celui de la prise en charge ; en cas de discordance, joindre la copie du livret de famille) Renseigner impérativement les coordonnées bancaires de façon manuscrite ci-dessous :									
Code établissement Code guichet N° compte Clé RIB /____//____//____//____/ IBAN /____/ /____/ /____/ /____/ /____/ /____/ /____/ BIC /____/	CADRE 4								

NOM : Prénom :
N° d'INSEE (avec clé) : /_/_/___/ /_/_/___/ /_/_/___/ /_/_/___/ /_/_/___/

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS
PRISE EN CHARGE FINANCIERE**

Je certifie avoir occupé un poste de titulaire ou non -titulaire dans la Fonction Publique (joindre une copie de votre dernier bulletin de paye)

CADRE 5

Etat (dont les militaires) Hospitalière Territoriale

Si Au Ministère de l'Éducation Nationale, y compris établissements d'enseignement privé

Préciser votre NUMEN :

Merci d'indiquer ci-dessous le dernier emploi tenu

Du ... au ...	Fonction	Etablissement / Académie (si hors académie de Versailles, préciser le dernier service payeur)

Si Dans un autre ministère, une collectivité territoriale ou un établissement public En

qualité de :

Coordonnées du dernier service payeur (cf. bulletin de salaire) :

- Employeur/Service/Gestionnaire :

- Mail :

- Téléphone :

- Adresse :

A remplir dans le
fonctions :

Je, soussigné(e) Madame

rému nération de la Fonction Publique d'Etat, Hospitalière ou Territoriale depuis le

Cadre réservé à l'administration

Vu et vérifié
(signature et cachet
du responsable de la structure)

Je, soussigné(e),
certifie l'exa ctitude des renseignements portés sur la présente
fiche*

Fait à :

Le :

(signature de l'agent)

***La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (Code pén al Titre IV : Des atteintes à la confiance publique art. 444 -1)**

NOM : Prénom :
N° d'INSEE (avec clé) : /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/ /_/

Selon votre situation antérieure à la présente prise de fonctions :

CADRE 5

- titulaire ou non -titulaire de la fonction publique (compléter impérativement l'annexe 1 bis)
- retraité (joindre une photocopie du titre de pension)
- n'ayant jamais occupé de poste dans la Fonction Publique (Etat, Hospitalière et Territoriale) (remplir uniquement l'annexe 1 dans ce cas)

Affectation 2023 -2024 :

Code établissement : 0782562L

CADRE 6

Etablissement d'affectation : Lycée HOCHE

Grade : Colleur

Discipline :

à compter du : 18/09/2023 ..

Logé* : oui non Nb de pièces :

*A préciser uniquement pour les agents logés par nécessité

Absolue de service ou par convention d'occupation à titre précaire en veillant à compléter impérativement dans le mois qui suit votre installation une déclaration d'avantages en nature logement (annexe 4)

Si non, dérogation : oui non

Cadre réservé à l'administration

Vu et vérifié
(signature et cachet
du responsable de la structure)

Je, soussigné(e),
certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente
fiche*

Fait à :

Le :

(signature de l'agent)

***La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (Code pénal Titre IV : Des atteintes à la confiance publique art. 444 -1)**

ATTESTATION D'EMPLOI D'UN INTERVENANT EXTERIEUR

Année scolaire **2023 - 2024**

Le chef d'établissement du **Lycée Hoche**

Atteste employer à compter du : **18 septembre 2023**

M
(Civilité, NOM et Prénom)

Adresse personnelle:
.....

Statut : Personnel titulaire de la Fonction Publique (Etat, hospitalière, territoriale)
Préciser : l'administration, le grade

Personnel non titulaire de la Fonction Publique : AED/AP Autre (Préciser) :

Personnel exerçant une activité professionnelle dans le secteur privé
(Préciser): Salarié
 Non salarié (artisan, entrepreneur, dirigeant...):
 Profession libérale
 Autre :

Personnel retraité de l'Etat ou du secteur privé

Diplômes (préciser le diplôme le plus élevé) :

Domaine d'intervention

- Accompagnement éducatif
- Devoirs faits
- Réussite scolaire au lycée
- Interrogations en CPGE
- Renforcement de l'apprentissage de l'anglais oral au lycée
- Rémunération pour activité à titre accessoire (indemnité 1757) :
 - Enseignement pré -bac :
 - Enseignement post -bac :

Autres

Préciser les missions, discipline, le nombre d'heures, fournir l'emploi du temps

Fait à le

Signature du chef d'établissement

Signature de l'intervenant

Cachet de l'établissement