

NOTICE INDIVIDUELLE DESTINÉE À LA GESTION ADMINISTRATIVE ET FINANCIÈRE

Établissement		N° de l'établissement recensé à la T.G. (1)		N° d'immatriculation comptable (T.G.) de l'intéressé (2)		
M. ☐	Mme ☐	Mlle ☐	(3) Nom	Prénom usuel		
Date de naissance		Lieu de naissance		Célibataire ☐	Marié le	
				Veuf le	Divorcé le	
				Séparé le	Remarié le	
Nationalité		Naturalisé le	Inscription mutuelle (4) : oui ☐ non ☐ en cours ☐	N° Sécurité Sociale		
		Préciser laquelle		N° matricule		
Adresse personnelle			Téléphone		Adresse fiscale (5)	
DIPLOMES ET TITRES UNIVERSITAIRES				DISTINCTIONS HONORIFIQUES		
Titre		Date		SITUATION MILITAIRE		
				Sursis ou report d'incorp. jusqu'au		
				Durée totale des services		
				An Mois Jours		
				à la date		
POSITION ACTUELLE		Qualité, corps, grade, échelon		Études poursuivies ou concours préparés :		
Fonction ou discipline ou spécialité		N° du poste		Travaux ou stages effectués :		
EMPLOIS OCCUPÉS PENDANT LES 3 DERNIÈRES ANNÉES				Si vous étiez payé par un centre électronique du trésor, précisez lequel et votre n° d'identification		
Fonction		Établissement ou Employeur				
ANNÉE						
ANNÉE						
ANNÉE						
MODE DE PAIEMENT		T.G. ou perception de :		Numéro de compte		
Compte Trésor ☐				C.C.P. ☐		
Ville et agence				Numéro de compte bancaire :		
Banque ☐				Joindre un relevé d'identité bancaire		
Caisse d'épargne de				Numéro de compte épargne :		
				Joindre un relevé d'identité épargne		
Cas de personnel détaché, si indice particulier pour retenues pour pension civile			Indice nouveau majoré	Personnel logé ☐ Oui ☐ Non	Affiliation à la caisse de retraite complémentaire	
					PREFON ☐ MR de la fonction Publique ☐ Classe	
CONJOINT		Nom		Prénom		
				Nom de jeune fille		
☐ Fonctionnaire (3)		Indice nouveau majoré		☐ Non fonctionnaire (3)		
☐ Agent de l'état (3)				Profession		
☐ Retraité ou pensionné		Montant trimestriel de la pension		Nature de la pension		
Nom et adresse de l'employeur				Nom et adresse du payeur de la pension		
Organisme payeur des prestations familiales (éventuellement)				Résidence de la famille (adresse)		
ENFANTS		Nom et Prénoms		Date de naissance		
				Lien juridique (6)		
				Observations (7)		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
Destinataires :			Vu et vérifié		Je, soussigné, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus	
Service de préliquidation (impression rouge)			Signature		A _____ le _____	
Rectorat, Division du personnel (impression verte)			du Chef d'Établissement			
Insp. académique bureau des person. (impression bleue)						
Établissement (impression marron)						

(1) Cas de la paie assurée par la trésorerie. Ce numéro sera inscrit par l'Établissement.

(2) Si l'intéressé a déjà été immatriculé pour le paiement de son traitement dans l'Académie.

(3) Cocher la case correspondante.

(4) Les inscriptions à la M.G.E.N., à la M.A.G.E. ou à toute autre mutuelle doivent être demandées directement à la Section départementale de la Mutuelle.

(5) Si différente de l'adresse personnelle.

(6) Légitime, adopté, recueilli, confié, ...

(7) Préciser : études, apprentissage, infirme ou éventuellement date du décès, résidence séparée de la famille, titulaire de pension, rente...