**FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

Nom de famille (nom de naissance) :

Nom d’usage :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance : Département :

N° de sécurité sociale :

Caisse d’affiliation de la sécurité sociale :

MFP - Service Localité :

CPAM - Localité :

Autres : Localité :

Adresse personnelle

Voie :

Complément d’adresse :

Code postal : Ville :

Etes-vous susceptible de déménager avant la signature de votre contrat ?

Si oui, veuillez nous communiquer votre nouvelle adresse :

Téléphone portable :

Téléphone fixe :

Adresse mail :

*Personne à contacter en cas d’urgence :*

Nom & Prénom Téléphone :

**RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX**

Situation de famille : Célibataire, Union libre, Pacsé(e), Marié(e), Veuf(ve), Divorcé(e), Séparé(e) (1)

Depuis le :

Nom et prénom du conjoint :

Raison sociale et adresse de l’employeur du conjoint :

Téléphone du conjoint :

Nombre d’enfant à charge :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOM | Prénoms | Date de naissance |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Votre conjoint perçoit-il le supplément familial de traitement : oui/non

Si non, afin de percevoir le Supplément Familial de Traitement, veuillez nous transmettre :

* Une copie de toutes les pages du livret de famille
* Une attestation de l’employeur de votre conjoint stipulant qu’il ne perçoit pas le SFT.

**DIPLOMES :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Diplômes | Niveau | Spécialité | Lieu d’obtention | Année |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**DECORATIONS/DISTINCTIONS :**

|  |  |
| --- | --- |
| Décorations/distinctions | Année |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**SERVICE MILITAIRE/CARRIERE MILITAIRE :**

Date de début : Date de fin :

**DUREE D'ANCIENNETE DANS LA FONCTION PUBLIQUE AVANT L’ARRIVEE A l'ISAE :**