

DOSSIER D'EMBAUCHE

PIÈCES À FOURNIR

Pièces obligatoires pour la prise en charge et la mise en place de la paie

- Fiche de renseignements complétée et signée (ci-jointe)
- Copie d'une pièce d'identité recto-verso ou passeport
- Titre de séjour
- RIB ou RIP à votre nom et prénom (obligatoirement au nom d'usage le cas échéant)
- Certificat de cessation de paiement (public) ou solde de tout compte (privé)
- Copie de l'attestation de sécurité sociale (CPAM ou MGEN)
- Copie du diplôme le plus élevé
- CV

Le cas échéant :

- Attestation SFT ci-jointe (agent rémunéré à l'indice uniquement)
- Copie du livret de famille ou des actes de naissance, certificats de scolarité (enfants de plus de 16 ans)
- Affiliation MGEN
- Attestation de demande de remboursement de la protection sociale complémentaire (mutuelle) :
cf modèle
- RQTH ou AAH et justificatif de pension d'invalidité
- Copie de la carte d'étudiant (*doctorant uniquement*)
- Copie du dernier arrêté d'avancement d'échelon (*fonctionnaire uniquement*)
- Copie des trois derniers bulletins de salaire ou la dernière déclaration d'impôts (*MAST-PAST uniquement*)
- Formulaire de déclaration de cumul d'activité (autre employeur et dirigeant de société)
- Convention de formation et attestation d'inscription en formation précisant l'intitulé de la formation, les dates et le nombre d'heures (*apprentis uniquement*)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom d'usage¹ : _____ Prénom : _____
Use name *Name*

Nom de naissance : _____ Nationalité : _____
Birth name *Nationality*

Né-e le : _____ A : _____ Dpt : _____
Date of birth *Place of birth* *Dpt*

Nom du père : _____ Prénom du père : _____
Father's surname *Father's name*

Nom de naissance de la mère : _____ Prénom de la mère : _____
Mother's maiden name *Mother's name*

INSEE : _____ Mail : _____
Social security number

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____
Phone number *Mobile*

Domicile en France : _____
Adress in France

Domicile à l'étranger : _____ Arrivée en France le : _____
Foreign adresse *Date of arrival in France*

Contact en cas d'urgence : _____ Tél. : _____
Emergency contact *Phone number*

Êtes-vous porteur d'un handicap (facultatif) ? OUI NON
Do you have a handicap (optionnal) ?

Souhaitez-vous être mis en contact avec les correspondant handicap de l'établissement ?
Would you like to contact Handicap referent ?

Etes-vous adhérent de la PREFON ou de la MAGE? OUI NON Classe : _____

SITUATION FAMILIALE / MARITAL STATUS

Célibataire Vie maritale depuis _____ Pacsé(e) le _____ Marié(e) le : _____
Single *Common-law union since* *Civil partnership* *Married since*

Séparé(e) le : _____ Divorcé(e) le _____ Veuf(ve) le _____
Separated since *Divorced since* *Widow since*

Nom d'usage du conjoint : _____ Prénom du conjoint : _____
Wife / husband 's username *Wife / husband 's name*

Nom de naissance du conjoint : _____
Wife / husband 's birthname

ENFANT·S / CHILD·REN

	Noms et prénoms <i>Surname and name of the children</i>	Date de naissance <i>Date of birth</i>	Sexe <i>Gender</i>	Lien juridique ² <i>Legal link</i>
1				
2				
3				
4				
5				
6				

¹ Le nom d'usage sera utilisé pour la diffusion de toute information interne (listes électorales, arrêtés, paie ...), la création de l'adresse de messagerie, et doit être utilisé toutes les correspondances administratives professionnelles (en lien direct ou non avec l'UGA)

² Légitime, adopté, recueilli, confié

DIPLÔMES - TITRES UNIVERSITAIRES / DIPLOMA CERTIFICATE - UNIVERSITY DEGREE

Nature <i>Diploma</i>	Année d'obtention <i>Graduation year</i>	Établissement <i>University</i>

DERNIÈRE SITUATION / PREVIOUS SITUATION

Employé(e) dans un établissement public
Employed by a public company

Employé(e) dans une entreprise privée
Employed by a private company

Demandeur d'emploi depuis le : _____
Unemployed since

Durant les 24 mois précédents je déclare : *For the last 24 month before hiring*

Avoir eu des activités salariées
I had professional activities

Ne pas avoir eu d'activité salariée
I had no professional activities

Le jour de mon embauche, je déclare : *On the first day of my hiring, I certify*

être employé dans une autre structure à une quotité de : _____ %
Being employed by another company for

être dirigeant de la société ou de l'association _____
Being CEO of the company (name)

Contact RH : _____
HR contact

Autre (à préciser) : _____
Other situation

Indemnisé(e) *With benefits*

Non indemnisé(e) *Without benefits*

SITUATION MILITAIRE / MILITARY SITUATION

Service militaire effectué Oui du _____ au _____ Non Exempté ou dispensé

Avez-vous effectué une carrière militaire ? OUI NON

Si oui, avez-vous perçu : une pension militaire une solde de réforme un pécule

CARRIÈRE (SECTEUR PUBLIC) / PUBLIC EMPLOYERS

Joindre les justificatifs

Etablissement <i>Employer</i>	Grade <i>Position</i>	Fonction <i>Profession</i>	Du <i>From</i>	Au <i>To</i>	Quotité <i>Quota</i>	IB <i>Salary</i>

CARRIÈRE (SECTEUR PRIVÉ) / PRIVATE EMPLOYERS

Joindre les justificatifs

Etablissement <i>Company</i>	Fonction <i>Profession</i>	Du <i>From</i>	Au <i>To</i>	Quotité <i>Quota</i>	Salaire <i>Salary</i>

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus.

I certify on my honour that I have verified the information in this form.

A _____ Le _____

Signature de l'agent

PERSONNEL ENSEIGNANT ET CHERCHEUR / TEACHER AND RESEARCHER

Scolarité effectuée dans un établissement de formation (ENS, IPES, IUFM)	Du <i>From</i>	Au <i>To</i>

Discipline d'enseignement : _____

Teaching discipline

Etes-vous agrégé-e ?

 OUI NON

Si oui, joindre un justificatif
Do you have an aggregation ?

Discipline d'agrégation : _____

Aggregation discipline

Lieu d'obtention : _____

University that issued the degree

Année: _____

Year

section C.N.U : _____

Disciplinary section of the CNU (French National Board of Universities)

Sous-section : _____

Laboratoire ou centre de recherche : _____

Laboratory or research center

Directeur de recherche (si concerné) : _____

Research director

Arrivez-vous sur ce poste par mutation ?

 OUI NON

Etes-vous titulaire d'une Habilitation à Diriger des Recherches (HDR) ?

 OUI NON

Si oui, joindre un justificatif

Bénéficiez-vous de la PEDR ou la prime individuelle (RIPEC 3) dans votre établissement d'origine ?

 OUI NON

Si oui, joindre un justificatif

Avez-vous déposé votre candidature à la prime individuelle (RIPEC 3) cette année ?

 OUI NON

Etes-vous membre de l'IUF (Institut Universitaire de France) ?

 OUI NON

Si oui, joindre un justificatif

Fiche de renseignements

Nom d'usage : _____

Use name

Prénom : _____

Name

N° Sécurité sociale : _____

Social security number

Date d'entrée : _____

Date of hiring

	Nom Prénom des enfants <i>Surname and name of the children</i>	Date de naissance <i>Date of birth</i>	Sexe <i>Gender</i>	Lien juridique <i>Legal link</i>	Situation de l'enfant <i>(scolaire, apprenti, étudiant, stagiaire, salarié, sans activité professionnelle...)</i> <i>Situation of child</i>
1					
2					
3					
4					
5					

 Je, soussigné(e), _____ déclare sur l'honneur l'exactitude des
I undersigned *declare on their honor the accuracy*

renseignements mentionnés ci-dessus et m'engage à signaler tout changement dans ma situation familiale.

of the information mentioned above and undertake me to indicate any change in my family situation

A _____ le _____ Signature : _____

Attestation de l'employeur du conjoint (ou de l'ex-conjoint parent du ou des enfants)

Nom d'usage : _____

Use name

Prénom : _____

Name

Fonction : _____

Position

Employeur : _____

Employer

Je, soussigné(e), _____

I undersigned

certifie que l'intéressé(e), employé(e) depuis le _____

certifies that those concerned, employed since
 Perçoit un Supplément Familial de Traitement depuis le _____

Receives a family income supplement paid since

Montant: _____ €

Amount
 Ne perçoit pas un Supplément Familial de Traitement

Does not receive a family income supplement paid
Cachet et signature de l'employeur
 N'a jamais perçu un Supplément Familial de Traitement

Has never receive a family income supplement paid

Déclaration de choix du bénéficiaire (si chacun des conjoints est susceptible de bénéficier du SFT)

Les deux membres du couple ci-dessus désignent d'un commun accord _____

The two members of the couple mean by mutual agreement

Civilité, nom, prénom / Gender, name, first name

comme bénéficiaire du supplément familiale de traitement à compter du _____

as a beneficiary of the family supplement treatment as of

A _____ le _____

Signature Conjoint 1

précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature Conjoint 2

précédée de la mention « lu et approuvé »

Notice technique

Fiche de renseignements

Cette fiche doit être complétée et signée par l'agent.

En fonction de la situation familiale, voici la liste des justificatifs à fournir obligatoirement :

- Copie du livret de famille, acte de naissance de l'enfant ou transcription de la décision d'adoption sur le registre d'Etat Civil
- Attestation CAF justifiant de la charge effective et permanente des enfants ou copie de l'avis d'imposition
- Jugement du divorce ou attestation précisant le mode de garde des enfants pour les agents divorcés/séparés
- Jugement du divorce du nouveau conjoint de l'agent (pour les familles recomposées) afin de déterminer si la garde de l'enfant du conjoint est en garde exclusive ou alternée au domicile du fonctionnaire

Pour les enfants de 16 à 20 ans, fournir chaque année selon la situation :

- Certificat de scolarité
- Contrat d'apprentissage + bulletins de salaire pour les enfants apprentis ou salariés
- Déclaration sur l'honneur pour les enfants sans activité

NB : en l'absence de justificatif (à fournir chaque année), le SFT ne peut être maintenu.

Attestation de l'employeur du conjoint

Cette attestation doit être complétée et signée par l'employeur du conjoint ou de l'ex-conjoint de l'agent, parent du ou des enfants.

Dans le cas où le conjoint n'est pas salarié, il est nécessaire de fournir l'un des justificatifs suivants :

- Attestation sur l'honneur certifiant qu'il ne perçoit pas de SFT si votre conjoint exerce une profession libérale
- Attestation Pole emploi / CAF si votre conjoint est sans activité

Déclaration de choix du bénéficiaire

Dans le cas où chacun des conjoints est susceptible de bénéficier du SFT, le bénéficiaire est celui d'entre eux qu'ils désignent d'un commun accord.

Si les deux conjoints sont fonctionnaires ou agents publics, cette partie doit être complétée et signée par les deux conjoints.

NB : le choix ne peut être modifié qu'au bout d'un an sauf changement de situation familiale.

Modèle Attestation

[Nom de l'organisme complémentaire]
[Identification de l'organisme complémentaire]

A [Ville], le [Date]

Destinataire
[Civilité]
[Nom et Prénom de l'assuré]
[Coordonnées de l'assuré]

Objet : Attestation en vue du bénéfice du remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais de santé des agents civils et militaires de l'État

Je soussigné, [Nom de l'organisme complémentaire] enregistré [Données d'enregistrement de l'organisme complémentaire], atteste que :

- [Civilité] [Nom et Prénom de l'assuré]
- [NIR]

Lorsque l'assuré est le titulaire du contrat

est titulaire du [Contrat / Règlement], [Numéro du contrat]. Ce [Contrat / Règlement] couvre les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident et respecte les conditions prévues au II de l'article L. 862-4 et à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. C'est un contrat responsable et solidaire.

Lorsque l'assuré est ayant droit du titulaire du contrat

est couvert en qualité d'ayant droit du [Contrat / Règlement], [Numéro du contrat]. Les dépenses engagées par l'agent en tant qu'ayant droit, couvrent les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident et respecte les conditions prévues au II de l'article L. 862-4 et à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. C'est un contrat responsable et solidaire.

Cette couverture ne fait pas l'objet d'une participation financière de l'employeur du titulaire du contrat.

Le montant des cotisations versées au titre de la couverture de [Civilité] [Nom et Prénom de l'assuré] s'élève à [Montant en euros] [Par an / Par mois]. Le bénéficiaire est couvert par le contrat susmentionné depuis le [date].

Cette attestation est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

[Signature]
[Cachet de l'organisme complémentaire]