ACADÉMIE
DE BORDEAUX
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de Dordogne

ANNNEXE 7

Pôle académique de gestion mutualisée du 1er degré privé sous contrat

20 rue Alfred de Musset
CS 10013
24054 Périgueux cedex

Affaire suivie par :
Aurélie LACOUDE
Titulaires Pyrénées-Atlantiques
Tél : 05 53 02 84 64
Mél : 24.tit64@ac-bordeaux.fr

Corinne MERLE
Titulaires Landes,
Lot-et-Garonne et Dordogne
Tel : 05 53 02 84 65
Mel : 24.gest244047@ac-bordeaux.fr

Valérie JULIEN
Titulaires Gironde
Tél : 05 53 02 84 75
Mél : 24.tit33@ac-bordeaux.fr

NOTICE INDIVIDUELLE DESTINEE A LA GESTION ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE DES MAITRES CONTRACTUELS ET AGREES

A retourner le plus tôt possible par mél aux adresses visées dans le présent timbre accompagnée des pièces demandées ci-dessous

- Un relevé d'identité bancaire ou postal avec le LOGO de la banque
- Photocopie du livret de famille (pages parents/enfants) ou du contrat de PACS et de la carte d'identité pour les célibataires
- Une déclaration sur l'honneur de non exclusion de la fonction publique
- Un extrait de casier judiciaire (bulletin n°3) datant de moins de 3 mois
- Un certificat médical d'aptitude à l'enseignement délivré par un médecin
- Photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale et de la carte vitale
- Pour les enseignants nés à l'étranger indiquer :
  * le nom et le prénom du père
  * le nom et le prénom de la mère

NOM :		PRENOM :		NOM DE JEUNE FILLE :	
Date de naissance	Lieu de naissance :	Adresse : Mail : Téléphone fixe :		Portable :	
Célibataire	Marié(e) le	Veuf(ve) le	Divorcé(e) le	Vie maritale depuis le	PACS depuis le

N° de sécurité sociale : ☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐

Si vous avez déjà travaillé dans l'Education nationale, un NUMEN vous a OBLIGATOIREMENT été attribué, merci de l'inscrire ci-dessous

NUMEN : ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Diplômes et dates d'obtention (joindre les photocopies) :
Situation militaire :
Situation antérieure au 01.09.2025 :

ENFANTS

NOM ET PRENOM	DATE DE NAISSANCE	OBSERVATIONS

CONJOINT

☐ Mariage

☐ Vie maritale

☐ PACS

NOM d'usage : Prénom :

Nom patronymique :

Date de naissance :

Situation professionnelle :

Adresse professionnelle :

Fonctionnaire : ☐ oui ☐ non

Perçoit-il(elle) un supplément familial de traitement (S.F.T.) : ☐ oui ☐ non
(si enfant(s) à charge)

En cas de réponse négative, fournir une attestation de l'employeur du conjoint précisant le non paiement du supplément familial de traitement.

Date et Signature