** CONTRAT DOCTORAL SORBONNE UNIVERSITÉ**

Vous venez d’être sélectionné.e pour bénéficier d’un contrat doctoral de Sorbonne Université : merci de lire attentivement les informations ci-dessous, dater et signer.

 **INFORMATIONS sur le processus de recrutement** 

Pour bénéficier définitivement du contrat doctoral vous devez être **inscrit.e en doctorat**

**Vous ne devez pas prendre vos fonctions dans le laboratoire avant d’avoir signé votre contrat**

* En parallèle à la constitution du dossier RH vous devez impérativement entamer votre démarche **d’inscription en doctorat** sur ADUM : <https://adum.fr/> (*voir avec votre école doctorale*)

Pour les contrats prenant effet à compter du 1e octobre 2024 : vous devrez être inscrit.e au plus tard 15 jours avant la date de votre début de contrat. A défaut d’inscription dans les délais, la date de début de contrat sera reportée (les contrats doctoraux prennent effet au 1e ou au 15 du mois)

* Une fois votre dossier de recrutement constitué, vous le transmettez **au secrétariat de votre école doctorale ET à** [**CD-Contrats-Doctoraux@sorbonne-universite.fr**](mailto:CD-Contrats-Doctoraux@sorbonne-universite.fr)

Le **sujet** de votre mail devra **obligatoirement être rédigé** de la manière suivante :

**NOM Prénom / EDxxx / N° et intitulé du Laboratoire**

Le dossier initial de recrutement est constitué des pièces suivantes :

* Notice individuelle de renseignements
* Curriculum vitae (CV)
* Copie lisible et en couleurs d’une pièce d’identité en cours de validité (carte d’identité ou passeport)
* Copie lisible et en couleurs de la carte vitale ou de l’attestation de la Sécurité sociale (si disponible)
* **IBAN** (RIB) **personnel** (*Format SEPA obligatoire pour pourvoir effectuer des virements en Euros*)
* Attestation de réussite au diplôme ou copie diplôme donnant accès au doctorat
* Titre de séjour ou autorisation de travail (si pertinent)
* Attestation de réussite Agrégation/CAPES (si pertinent)
* Une fois votre inscription administrative réalisée, vous devez transmettre votre certificat d’inscription 2024/2025 (à télécharger dans ADUM) ou justificatif du paiement des droits d’inscriptionà :

[**CD-Contrats-Doctoraux@sorbonne-universite.fr**](mailto:CD-Contrats-Doctoraux@sorbonne-universite.fr)

À réception de l’attestation d’inscription, votre contrat doctoral sera définitivement validé : un fac-similé vous sera transmis pour relecture

* Leservice des ressources humaines dont relève votre laboratoire d’accueil vous contactera pour vous demander éventuellement de fournir **des pièces supplémentaires** à celles listées ci-dessus.
* Renseigner lisiblement votre adresse mail dans le formulaire et consultez votre messagerie régulièrement.
* Le service RH compétent vous conviera pour la signature de votre contrat doctoral.

Vous devez renouveler chaque année votre inscription en doctorat. Si l'inscription en doctorat n'est pas renouvelée, il est mis fin de plein droit au contrat de doctorant contractuel. (*Décret n° 2016-1173 du 29 août 2016*) À chaque rentrée universitaire vous devrez justifier de votre inscription et transmettre l’attestation de d’inscription à : [CD-Contrats-Doctoraux@sorbonne-universite.fr](mailto:CD-Contrats-Doctoraux@sorbonne-universite.fr)

Je, soussigné.e

certifie exactes les informations renseignées dans la notice

accepte le contrat doctoral de Sorbonne Université

m’engage transmettre l’attestation annuelle d’inscription

Fait à Paris, le       Signature :

##### NOTICE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENT

##### DOCTORANT CONTRACTUEL

# 

# Numéro Etudiant SU : /       /

# (À renseigner uniquement par les candidats ayant déjà été inscrits à SU en tant qu’étudiant)

# ÉTAT CIVIL (à renseigner en conformité avec votre pièce d’identité)

Civilité :  Madame  Monsieur

NOM D’USAGE :

NOM patronymique / de naissance :

Prénoms (*Indiquer tous les prénoms dans l’ordre de la pièce d’identité*) :

# NAISSANCE (à renseigner en conformité avec votre pièce d’identité)

Date de naissance :       /       /

Ville de naissance :

Code postal :

Pays de naissance :

Nationalité :

Si naturalisation, précisez la date :       /       /      

**Pour les agents nés à l’étranger**, (***obligatoire*** *pour obtenir un bulletin judiciaire n°2*)

Merci de renseigner :

NOM et Prénom du père :

NOM et Prénom de la mère :

# ADRESSE POSTALE

Pays de résidence :

Adresse :

Code postal :       Ville :

# CONTACTS

N° de téléphone portable :       N° de téléphone fixe :

Adresse électronique personnelle : ***(fournir une adresse que vous consultez régulièrement)***

**Personne à contacter en cas d’accident :**

NOM :       Prénom :

N° de téléphone :

# SÉCURITÉ SOCIALE

## Êtes-vous immatriculé(e) à la Sécurité Sociale (française) : oui non

Si oui, numéro d’immatriculation ***:*** Clé :

# TITRE DE SÉJOUR

# (uniquement pour les doctorants de nationalité étrangère Hors Union Européenne et résidant déjà en France)

**Veuillez préciser la nature de votre titre de séjour :**

Titre de séjour Étudiant

Titre de séjour Vie privée et familiale

Titre de séjour Scientifique

Carte de résident

Numéro :       Date de délivrance :       /       /

Lieu de délivrance :

Date de début de validité :       /       /       Date de fin de validité :       /       /

# TITRE D’ACCÈS AU DOCTORAT

Diplôme national (français) de Master

Diplôme d’ingénieur (français) conférant le grade de Master

Diplôme conférant le grade de master, à l'issue d'un parcours de formation établissant son aptitude à la recherche (Master des pays européens, anciens DEA/DESS…)

Études à l’étranger d’un niveau équivalent au grade de Master (sur dérogation de l’école doctorale)

Validation des acquis professionnels (sur dérogation de l’école doctorale)

Autre (précisez) :

Spécialité :

Année d’obtention :       Etablissement d’obtention :       Pays d’obtention :

# AGRÉGATION OU C.A.P.E.S.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Concours | Spécialité(s) | Académie d’obtention | Année d’obtention |
| AGRÉGATION |  |  |  |
| C.A.P.E.S |  |  |  |

Avez-vous participé au mouvement interacadémique pour la rentrée prochaine ?

Non  Oui Si oui : Académie d’affectation à la rentrée :

Etes-vous stagiaire agrégé.e ?

Non  Oui

# INFORMATIONS DOCTORALES

École Doctorale : Numéro de l’ED :  Nom de l’ED :

Sujet de la thèse :

Discipline CNU de la thèse :

*(voir avec votre directeur de thèse. Vous pouvez vous référer à la liste des sections CNU :* [*http://www.cpcnu.fr/listes-des-sections-cnu*](http://www.cpcnu.fr/listes-des-sections-cnu)*)*

Unité de Recherche :

## Votre unité de recherche a-t-elle une tutelle de Sorbonne Université ? Oui Non

*(Vérifiez avec votre directeur de thèse)*

# ADRESSE PROFESSIONNELLE

Localisation (site, campus) :

Adresse :

Boîte courrier :

Code postal :       Commune :

# DIRECTION DE THÈSE

Nom et prénom de la directrice ou du directeur de thèse :

Adresse électronique :

Discipline (CNU) de l’HDR (***Obligatoire***) :

Unité de Recherche :

Établissement employeur du directeur de thèse :

Sorbonne Université  CNRS  INSERM  Autre, précisez :

# CO-DIRECTION DE THÈSE

# (à renseigner uniquement si la co-directrice ou le co-directeur est titulaire de l’HDR)

Nom et prénom du co-directeur(rice) de thèse :

Adresse électronique :

Discipline (CNU) de l’HDR (***Obligatoire***) :

Unité de Recherche :

# FINANCEMENT : support financier du contrat doctoral

# (à renseigner avec l’aide de votre directeur de thèse ou de votre école doctorale)

|  |  |
| --- | --- |
| Concours ED  Spécifique ENS (CDSN)  Spécifique Polytechnique  LPR  Handicap  SOUND  Programme doctoral : SU-Institut Pasteur  Programmes doctoraux : IPV, Sciences et Management, PDIC  Partenariats stratégiques et thématiques | ANR  Instituts & Initiatives  4EU+  SCAI  SOUND AI  Europe (ERC, MSCA)  Entreprise  Association ou fondation (FRM, ARC, …)  DGA  Autres |

# SERVICE NATIONAL

Accompli  Sursitaire  Réformé  Exempté

Service effectué du :       au :

Type du service :

Service national actif  Coopération

Service civil  Journée défense et citoyenneté

Engagement volontaire  Objection de conscience

Journée d'appel et de préparation à la défense

# ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ANTÉRIEURES REMUNÉRÉES

(Préciser : par exemple contrat étudiant, ancien élève de l’ENS, agrégé ou certifié stagiaire ou titulaire, boursier, demandeur d’emploi, etc…)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *DU* | *AU* | *EMPLOYEUR* | *EN QUALITÉ DE* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***SUPPLÉMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT***

Le supplément familial de traitement est un complément de rémunération obligatoire pour tout agent public dont la rémunération est fixée par référence aux traitements des fonctionnaires ou évolue en fonction des variations de ces traitements, ET assumant la charge effective et permanente d’un enfant âgé de moins de 16 ans ou tout enfant jusqu’à l’âge de ses 20 ans sous réserve que sa rémunération n’excède pas 55% du SMIC horaire, multiplié par 169.

**IMPORTANT : afin de percevoir le SFT, des justificatifs doivent accompagner votre demande**

**(Livret de famille, attestation de la CAF, certificat de scolarité ou bulletin de salaire des enfants, attestation de rupture de vie commune, ordonnance de non conciliation, jugement attribuant la garde des enfants en cas de séparation ou tout autre élément permettant de justifier le versement de cet élément de paie).**

**NOM**  PRÉNOM

SITUATION FAMILIALE

Célibataire  Pacsé(e)  Divorcé(e)

Marié(e)  Séparé(e)  Veuf (ve)

Le second parent est-il : Salarié :  Oui  Non

Secteur :  Privé  Public

Remplir l’attestation de l’employeur du second parent précisant qu’il ne perçoit pas le SFT

**OPTION POUR** **les couples de fonctionnaires ou d’agents publics mariés, pacsés ou vivant en concubinage, assumant la charge du ou des mêmes enfants** :

Monsieur / Madame       est désigné(e) pour ouvrir droit au supplément familial de traitement au titre du ou des enfants

**SITUATION DES ENFANTS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** | **Date de naissance** | **Situation de l’enfant  (élève, étudiant, apprenti ou autre..)** | **Adresse de résidence de l’enfant si différente de celle de l’agent** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**À noter** : le supplément est versé à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d’ouverture du droit sont réunies et cesse d’être versé le premier jour du mois civil au cours duquel les conditions ne sont plus réunies.

Je soussigné(e)       déclare sur l’honneur l’exactitude des renseignements ci-dessus et m’engage à déclarer sans délai auprès de mon gestionnaire tout changement de situation susceptible de modifier les droits au supplément familial de traitement.

Toute fausse déclaration ou omission de ma part entraînerait l’émission à mon encontre d’un ordre de reversement des sommes irrégulièrement perçues.

Fait Paris, le       ; Signature :

**ATTESTATION EMPLOYEUR – SUPPLÉMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT**

*À remplir par l’employeur du conjoint ou du concubin* ***si celui-ci est fonctionnaire ou agent public*.**

Je soussigné(e),

Fonction exercée,

Identité de l’Administration :

Certifie que M/Mme      ,

Employé(e) en qualité de       depuis le      ,

Demeurant au      ,

Perçoit un supplément familial de traitement ou un autre avantage à caractère familial

Depuis le

Concernant les enfants suivants : ♦

♦

♦

♦

♦

♦

Ne perçoit **pas** de supplément familial de traitement ou un autre avantage à caractère familial

Ne perçoit **plus** de supplément familial de traitement ou un autre avantage à caractère familial

**Depuis le**

Fait à Paris, le

Cachet du service gestionnaire Signature du responsable

**FORMULAIRE-TYPE DE DEMANDE A COMPLETER PAR L’AGENTE OU L’AGENT**

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT FORFAITAIRE DES COTISATIONS DE PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE EN SANTE**

***Décret n° 2021-1164 du 8 septembre 2021 relatif au 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.***

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de naissance |  |
| Nom d’usage |  |
| Prénom(s) (prénom usuel souligné) |  |
| N° de sécurité sociale |  |
| Structure d’affectation |  |

Je demande le remboursement forfaitaire des cotisations versées au titre d’un contrat de complémentaire santé :

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’organisme complémentaire |  |
| Bénéficiaire de ce contrat | En qualité de :  Titulaire  Ayant-droit  Depuis le *(date à préciser)* : |
| Montant des cotisations versées au titre de ce contrat | Egal ou supérieur à 15€ mensuel / 180€ annuel  Inférieur à 15€ mensuel / 180€ annuel *(montant à préciser : ……. € par mois ou an)* |

**Je joins à cette demande l’attestation émise par l’organisme complémentaire avec lequel le contrat est conclu et au titre duquel les cotisations en matière de santé me sont versées** *(cette attestation est fournie par votre organisme, envoyée par courrier ou le plus souvent téléchargeable sur votre compte individuel sur le site de l’organisme. Elle doit mentionner l’ensemble des informations figurant dans l’attestation-type figurant en annexe).*

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans la présente demande et je m'engage à signaler immédiatement tout changement de ma situation individuelle qui aurait pour conséquence de modifier mes droits au remboursement.

A       , le

*Signature de l’agente ou de l’agent*