



**Attestation de l'employeur pour étude des droits
à Supplément Familial de Traitement**

Identification de l'agent concerné

Nom Prénom :

ATTESTATION A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR du père ou de la mère des enfants

Je soussignés (nom, prénom, qualité)

Raison sociale de l'établissement :

Adresse :

Certifie que :

M. Mme

Nom :

Prénom :

En qualité de

Depuis le

- Perçoit de notre part le supplément familial de traitement ou tout autre complément à caractère familial
- Ne perçoit pas de notre part le supplément familial de traitement

Cachet de l'établissement

Fait à le
Signature