

À compléter par l'administration

N° de poste SIRH :

ANNEXE 1

Attestation pour mise en paiement du supplément familial de traitement (SFT)

I Partie à compléter par l'agent

Service d'affectation : _____

Je soussigné(e), ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom (en lettres capitales) : _____ Prénom : _____

N° INSEE : _____

m'engage à signaler immédiatement à mon service gestionnaire tout changement dans ma situation familiale de nature à modifier mes droits au supplément familial de traitement.

Fait le : / /

Signature :

II Partie à compléter par l'employeur du conjoint, du concubin (ou autre)

Je soussigné(e), ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom (en lettres capitales) : _____ Prénom : _____

certifie que ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom (en lettres capitales) : _____ Prénom : _____

employé(e) dans mon établissement, ne perçoit aucun avantage mensuel à caractère familial (SFT).

Fait le : / /

Signature et cachet
de l'employeur :

III Partie à compléter par le conjoint, le concubin (ou autre) sans profession

Je soussigné(e), conjoint(e), concubin(e), (ou autre) de

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom (en lettres capitales) : _____ Prénom : _____

déclare sur l'honneur être sans emploi rémunéré, et ne percevoir aucun avantage à caractère familial.

Fait le : / /

Signature :