



**ATTESTATION**

**A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR  
DU 2<sup>ème</sup> PARENT DU OU DES ENFANTS  
(uniquement s'il relève du secteur public)**

Je soussigné(e) .....

certifie que : .....

- perçoit depuis le ..... le supplément familial de traitement (ou avantage de même nature) pour ses ..... enfants à charge.

Dans ce cas, veuillez préciser l'indice ou le montant mensuel : .....

- ne perçoit pas le supplément familial de traitement.

A ....., le .....

Signature et cachet de l'employeur,

Les informations recueillies sur ce formulaire sont utilisées pour établir l'acte de recrutement, assurer la gestion du dossier et la confection de la paie, par le service de Remplacement du Centre de Gestion de la fonction publique territoriale de la Charente-Maritime en charge de ces questions. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : gestionnaires RH et paie du service de remplacement. Les données sont conservées pendant les douze mois qui suivent la fin du contrat d'engagement à durée déterminée. Vous pouvez accéder aux données vous concernant les rectifier demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données : [dpd@cdg17.fr](mailto:dpd@cdg17.fr)  
Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

(DOCUMENT MAJ LE 01/03/2023)

P2/2