

Le

VERIFICATION DU DROIT A SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

NOM et PRENOM :

SITUATION DE FAMILLE : Célibataire Veuf(ve) En instance de divorce Remarié(e)
 Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) légalement Pacsé (e)

NOM ET PRENOM DU CONJOINT OU DU CONCUBIN :

PROFESSION : Secteur privé Secteur public

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR : (remplir l'attestation au verso)

SITUATION DES ENFANTS A CHARGE VIVANT AU FOYER

| Nom et prénom de chaque enfant | Degré de parenté <i>(fils - fille - petit fils- petite fille - frère - sœur - neveu - nièce - enfant naturel reconnu ou non reconnu - enfant recueilli)</i> | Enfants de 0 à 16 ans Date de naissance | Enfants de 16 à 20 ans | | Enfants de - 20 ans infirmes au foyer Date de naissance |
|--------------------------------|--|--|---|--|--|
| | | | Enfants de 16 à 20 ans salariés dont la rémunération est inférieure à 55 % du SMIC Date de naissance | Enfants de - 20 ans - Etudes - Apprentissage - Formation professionnelle Date de naissance | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| PIECES A PRODUIRE : | | <i>Néant</i> | - <i>contrat de travail</i> - <i>Attestation Pôle Emploi</i> | - <i>certificat de scolarité</i> - <i>contrat d'apprentissage ou de formation</i> | <i>Attestation AES ou toute autre pièce justificative</i> |

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à signaler, sans délai, toute modification relative aux renseignements fournis.

Date
Signature,

ATTESTATION

**A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT
(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,