Afin de vous permettre de continuer à bénéficier de vos droits au Supplément Familial de Traitement pour l’année …………. et des jours d’absence pour enfant malade, nous vous remercions de bien vouloir compléter cette attestation et d’en faire retour au Service Ressources Humaines au plus tard le …………..

**NOM-Prénom de l’Agent :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Situation de famille : **(A compléter si Changement)**  |  Célibataire  |  Marié(e)  |  Union libre  |
|    |  Divorcé(e)  |  Séparé(e)  |  PACS  |
| Votre conjoint est-il:   | Salarié  |  OUI  |  NON  |
|   | Secteur :  |  PRIVE  |  PUBLIC  |

**Déclare sur l’honneur :**

* Avoir à ma charge effective les enfants énumérés ci-après,
* Certifie exact les renseignements portés sur la présente demande ainsi que les documents joints.

**M’engage :**

- A informer le Service du Personnel de …………. de tout changement dans ma situation familiale.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom et Prénom des enfants à charge**  | **Date de naissance**  | **Lieu de naissance**  |
|   |   |   |
|   |   |   |
|    |   |   |
|    |   |   |

A ………….. le ………….. Signature de l’Agent :

**Partie à remplir par l’employeur du Conjoint**

 Je soussigné(e) :

 Certifie que Monsieur/Madame :

* Ne perçoit pas d’avantage familial particulier,

* Perçoit le Supplément Familial de Traitement,

* Bénéficie de ……. jours de garde d’enfant malade,

* Ne bénéficie pas de jours de garde pour enfant malade.

 Signature et Cachet de L’Employeur

**PIECES A FOURNIR**

* **Certificat de Scolarité pour les enfants âgés de 16 ans à 20 ans révolus.**

* Attestation de l’employeur du conjoint justifiant de la perception (ou non) du SFT

 **(Compléter l’encadré ci-dessus).**