

Liaison-Rémunérations – Contentieux 1

ATTESTATION

OBJET : paiement du supplément familial de traitement
du chef de :
n° INSEE :

JE SOUSSIGNE (E),

NOM	EPOUSE	PRENOM	DISCIPLINE
-----	--------	--------	------------

(1) **déclare sur l'honneur vivre seul(e) et assumer seul(e)** la charge effective et permanente du ou des enfants désignés ci-après :
.....
.....
.....
.....
.....

(1) **déclare** : - être marié(e) le
- vivre maritalement depuis le
- avoir eu un ou des enfants depuis la date de la séparation
(prénom et date de naissance)

(1) **certifie** : - percevoir de mon propre chef un supplément familial de traitement d'un montant mensuel de€ par
(Nom de l'administration).

- ne pas percevoir de supplément familial de traitement
(cachet de l'employeur ou photocopie du dernier bulletin de salaire)

Je m'engage à faire connaître tout changement, intervenant dans ma situation familiale ou professionnelle, susceptible de modifier mes droits.

A....., le

Signature de l'agent

(faire précéder la signature de la mention : Je certifie l'exactitude des renseignements fournis et prends note des sanctions encourues en cas de fausse déclaration)

(1) Rayer les mentions inutiles

LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET OU D'EMPRISONNEMENT QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDES OU DE FAUSSES DECLARATIONS (art. 150 du Code Pénal)