



**DEMANDE D'ATTRIBUTION DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT
CHOIX DE L'ALLOCATAIRE**

Madame :

Monsieur :

1. Déclarent que :

- la mère sera bénéficiaire du supplément familial de traitement.
- le père sera bénéficiaire du supplément familial de traitement.

2. Dans le cadre d'une séparation ou d'un divorce avec garde alternée du ou des enfants :

- la mère et le père seront bénéficiaires du supplément familial de traitement sur demande conjointe.
- la mère et le père seront bénéficiaires du supplément familial de traitement sur demande exclusive :
 - de la mère du père

3. Reconnassent être informés du délai d'un an pendant lequel ce choix ne peut être modifié.

Date :

Signature de la mère

Signature du père

IDENTIFICATION DE LA MERE

Nom – prénom :

N°INSEE :

Grade :

Affectation :

IDENTIFICATION DU PERE

Nom – prénom :

N°INSEE :

Grade :

Affectation :