



**DEMANDE D'ATTRIBUTION DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT
ATTESTATION A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT**

Je soussigné(e) (nom prénom et qualité).....

.....

certifie que M :

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

Nom Prénom enfant(s)	Date de naissance

- ne perçoit plus un supplément filial de traitement (ou avantage de même nature) depuis le :

- ne perçoit pas un supplément familial de traitement.

A, le

Signature et cachet

SI VOTRE CONJOINT EST REMUNERE(E) PAR L'ACADEMIE DE POITIERS, CETTE ATTESTATION SERA COMPLETEE PAR SON SERVICE GESTIONNAIRE.

Indiquer :

Nom et prénom du conjoint :

N° INSEE :

Grade :

Etablissement d'affectation :