

**ATTESTATION A COMPLETER PAR LE SERVICE GESTIONNAIRE DU TRAITEMENT
DU CONJOINT (ou CONCUBIN ou PACS) ou DU PARENT DE L'ENFANT
AU TITRE DUQUEL LE SFT EST SOLLICITE**
Salarié dans le secteur public ou assimilé

- Administration d'Etat ou Territoriale
- Administration Fonction Publique Hospitalière

- Organisme public ou financé sur fonds publics
au sens de l'article 1^{er} du décret-loi du 29/10/1936

Autre :
Précisez :

JE SOUSSIGNE (nom, qualité)

certifie que M. – Mme..... employé(e) dans mes services,

perçoit depuis le :

- le supplément familial de traitement (indice nouveau majoré :)
- un sursalaire « à caractère familial » mensuel de : euros

ne perçoit pas de supplément familial de traitement ou de sursalaire « à caractère familial »

n'a pas un statut lui permettant de recevoir le supplément familial de traitement

a cessé de percevoir cet avantage depuis le :

Fait à , le

Signature

Cachet de l'employeur