

**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<sup>er</sup> 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**