

Cachet de l'établissement :

A chaque début d'année scolaire

Contrôle systématique du versement du Supplément familial de traitement

Année scolaire :/.....

NOM :Prénom :

Lieu d'affectation :

Déclare sur l'honneur avoir la charge des enfants ci-après :

NOM	Prénom	Né(e) le :	Situation de l'enfant *

Joindre IMPERATIVEMENT :

1/ Une attestation de paiement de la CAF
Avec nom, prénom et date de naissance de chaque enfant



2/ Pour les enfants :

- * En cours de scolarité : joindre un certificat de scolarité pour les enfants de plus de 16 ans.
- * Joindre le contrat d'apprentissage : joindre le contrat d'apprentissage mentionnant le pourcentage de rémunération.

Certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette présente déclaration, concernant la situation de mes enfants sont exacts et m'engage à aviser mon employeur de tout changement concernant ma situation (en cas de divorce, séparation, séparation, joindre une copie des actes juridiques).

Fait à :, le
Signature :

SITUATION DU CONJOINT

Madame, Monsieurcertifie sur l'honneur :

- n'exercer aucune activité professionnelle (joindre une attestation de non activité salariée).
- ne pas bénéficier du versement du SFT par mon employeur (joindre une attestation de non versement du SFT à faire remplir par l'employeur de votre conjoint **ou** déclaration ci-après).

Fait à :, le

Signature du conjoint:

ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT

Je soussigné :

Agissant en qualité de :

Employeur de (Nom, Prénom) :

Depuis le :

- déclare ne lui verser aucun supplément familial de traitement ou sursalaire à caractère familial
- déclare lui verser un supplément familial de traitement ou sursalaire à caractère familial d'un montant mensuel annuel de :

Fait à :, le

Cachet et signature :

ou déclaration sur papier libre