



MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

DEMANDE D'ATTRIBUTION DU SUPPLÉMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

ATTESTATION de non versement du SFT à remplir par l'employeur du conjoint

1. Renseignements concernant le demandeur :

NOM :

PRENOM :

N° INSEE :

GRADE :

ETABLISSEMENT :

2. À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT :

Je soussigné, (Nom, Prénom, qualité) :

Certifie que Monsieur Madame (1) :

Employé (e) en qualité de :

Si le conjoint est rémunéré par une administration, veuillez préciser :

- son grade
- sa discipline
- son lieu d'exercice :

(2) **perçoit** de notre part un supplément familial de traitement depuis le :

Concernant le ou les enfants à charge suivant(s) :

NOM et PRENOM	Date de naissance

(2) **ne perçoit pas** de notre part un supplément familial de traitement

Le présent formulaire est destiné au service de gestion des personnels

Cachet de l'autorité délivrant
l'attestation

Fait à
Signature

Le