

Service mutualisation

ATTESTATION

Attestation à remplir par l'employeur de votre conjoint(e) **ou ex-conjoint(e)** exerçant une activité salariée publique ou privée

CERTIFICAT DE L'EMPLOYEUR DU CONJOINT(E) OU EX CONJOINT(E)

Je soussigné(e) :

Fonction exercée :

Nom de la société, ou raison sociale :

Certifie que Madame, Monsieur (1) :

employé(e) en qualité de :

depuis le :

ne perçoit pas le supplément familiale de traitement ou autres avantages à caractère familial au titre des enfants à charge (complément, sursalaire....)

perçoit le supplément familiale de traitement ou autres avantages à caractère familial au titre des enfants à charge depuis le

Pour les enfants :

NOM	PRENOM

Fait à, le

Signature et tampon de l'employeur