ACADÉMIE
D'AIX-MARSEILLE

Liberté
Égalité
Fraternité

ATTESTATION A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT

Je soussigné(e) (Nom et qualité du signataire) : .....

atteste que M(me) ..... employé(e) depuis le .....

en qualité de ..... dans (dénomination sociale de l'employeur).....

.....

1) Bénéficie du supplément familial de traitement alloué aux fonctionnaires de l'Etat en vertu des dispositions du décret n°51-619 du 14 mai 1951 (cocher la case correspondante). ❑ oui ❑ non

2) Perçoit un avantage familial, au titre d'un statut particulier, qui lui confère, de ce fait, une rémunération supérieure à celle d'un employé de même catégorie n'ayant pas d'enfant à charge [2], appelé : ..... ❑ oui ❑ non

Au titre des enfants, ci-dessous, désignés :

NOM – PRENOM	DATE DE NAISSANCE
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Ne bénéficie plus de supplément familial de traitement à compter du

.....

CACHET DE L'EMPLOYEUR

.....

Fait à ..... **, le**

Signature