



**DECLARATION DU CHOIX DU BENEFICIAIRE
DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT**

IDENTIFICATION DU COUPLE

Monsieur

Nom : Prénom :
Situation professionnelle : (1).....

Madame

Nom d'usage : Prénom :
Nom de jeune fille (si femme mariée) :
Situation professionnelle : (1).....

(1) Préciser le grade ainsi que les nom et adresse de l'employeur.

Adresse :
.....

ENGAGEMENT

Les personnes désignées ci-dessus déclarent que :

Monsieur

Madame

est désormais le bénéficiaire du Supplément Familial de Traitement et reconnaissent être informés du délai d'un an pendant lequel cette option ne peut être remise en cause.

Fait à , le

Signature de Monsieur :

Signature de Madame :

ATTESTATION

de non paiement ou de cessation de paiement du Supplément Familial de Traitement à faire compléter par l'employeur du conjoint ou du concubin fonctionnaire (ou assimilé).

Le soussigné,
certifie que M..... employé en qualité de.....
depuis le :

- ne bénéficie pas
- a cessé de bénéficier depuis le

du Supplément Familial de Traitement ou d'un avantage de même nature.

Fait à , le

Cachet :

Signature :