**Attestation employeur**

**Supplément Familial de Traitement**

Je soussigné (préciser), en qualité de (préciser), certifie que (Madame, Monsieur) (indiquer le Nom Prénom du bénéficiaire du Supplément Familial de Traitement) est employé dans mon service depuis le (indiquer la date d’embauche).

(Madame, Monsieur) (indiquer le Nom Prénom du bénéficiaire du SFT), perçoit un Supplément Familial de Traitement pour son ou ses enfants :

(Indiquer le Nom et le Prénom du premier enfant) : Supplément perçu : (indiquer le montant) (Indiquer le Nom et le Prénom du deuxième enfant) : Supplément perçu : (indiquer le montant)

(Indiquer le Nom et le Prénom du troisième enfant) : Supplément perçu : (indiquer le montant)

(Etc.)

J’invite (Madame, Monsieur) (indiquer le Nom Prénom du bénéficiaire du Supplément Familial de Traitement), à joindre à la présente les documents relatifs à sa situation personnelle attestant de son droit au SFT (copie du livret de famille, certificat de scolarité des enfants, etc.). Je l’invite également par ailleurs à signaler tout changement dans sa situation personnelle qui pourrait avoir un impact sur le versement du Supplément Familial de Traitement.

Je tiens également à préciser que dans le cadre de son statut de parent de (préciser le nombre) enfants, (Madame, Monsieur) (indiquer le Nom Prénom du bénéficiaire du Supplément Familial de Traitement) bénéficie d’autorisations spéciales d’absence pour enfant malade pour un total de (préciser le nombre) jours dans l’année.

Signature