**Attestation de non-versement du Supplément Familial de Traitement**

**I. Identification de l’agent**

La présente attestation de non-versement du Supplément Familial de Traitement concerne (Madame, Monsieur) (indiquer le Nom Prénom de l’agent), né(e) le (indiquer la date de naissance) et domicilié(e) au (indiquer l’adresse complète de l’agent).

**II. Identification du conjoint, ex-conjoint ou concubin**

*(Partie à remplir par l’employeur privé du conjoint, ex-conjoint ou concubin)*

Je soussigné (indiquer le Nom Prénom de l’employeur), (indiquer la qualité) au sein de l’entreprise (préciser) dont le siège social se situe au (indiquer l’adresse du siège social de l’entreprise), certifie que (Madame, Monsieur) (indiquer le Nom Prénom du conjoint, ex-conjoint ou concubin) est employé(e) dans nos services en qualité de (préciser) depuis le (indiquer la date). Il/Elle (choisir ensuite entre les deux options)

***Option n°1***: perçoit de notre part un Supplément Familial de Traitement ou un avantage de même nature au bénéfice de ses enfants dont il/elle a la charge, à savoir :

* (Indiquer le Nom Prénom du premier enfant), né(e) le (indiquer la date de naissance)
* (Indiquer le Nom Prénom du deuxième enfant), né(e) le (indiquer la date de naissance)
* (Indiquer le Nom Prénom du troisième enfant), né(e) le (indiquer la date de naissance)
* etc.

***Option n°2*** : ne perçoit pas de notre part un supplément familial de traitement ou un avantage de même nature.

Pour faire valoir ce que de droit,

Fait à (lieu), le (date)

Signature/Cachet de l’autorité délivrant l’attestation