

Document n°3 - ATTESTATION A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT / EX-CONJOINT

1. Identification de l'agent demandeur

Nom marital : Prénom :
 Nom patronymique : Grade :

2. Situation professionnelle du conjoint / ex-conjoint, parent des enfants

Nom : Prénom :

S A NS A CT IVI TÉ PR OF ES SI O N NE LL E	☐ inscrit au Pôle Emploi ☐ a cessé de travailler depuis le ☐ en congé parental (préciser les dates) Remplir l'attestation ci-contre.	ATTESTATION SUR L'HONNEUR Je soussigné(e), déclare sur l'honneur n'exercer aucune activité professionnelle depuis le et, de ce fait, ne pas percevoir de supplément familial de traitement. Fait à, le Signature	
	S EC TE U R PR IV É	☐ Activité non salariée, profession libérale ou à domicile Remplir l'attestation ci-contre.	ATTESTATION SUR L'HONNEUR Je soussigné(e), déclare sur l'honneur exercer une activité non salariée – libérale – à domicile - depuis le et, de ce fait, ne pas percevoir de supplément familial de traitement. Fait à, le Signature
	☐ Entreprise ne recevant aucune subvention publique ; ☐ Entreprise dont le budget de fonctionnement est alimenté en permanence et pour plus de 50 % de son montant soit par des taxes fiscales ou parafiscales ; soit par des cotisations ou subventions publiques ; ☐ Autre.	Nom et adresse de l'employeur : 	
S EC TE U R PU BL IC	☐ Administration de l'Etat ou Territoriale ; ☐ Office public, établissement public à caractère administratif ou industriel et commercial ; ☐ Autre organisme.	<i>Information complémentaire pour le secteur public, si votre conjoint(e) ou ex-conjoint(e) est agent de l'Education nationale, adressez votre attestation :</i> - au Rectorat si elle (ou il) est personnel administratif ou enseignant affecté dans le second degré public - à la DSDEN du Calvados-SAGED, si elle (ou il) est un enseignant du premier degré public - à la DSDEN du Calvados-DPEP si elle (ou il) est dans l'enseignement privé.	

3. Attestation à compléter par l'employeur du conjoint / ex-conjoint (service de paye) *

Je soussigné(e), (Nom, Prénom, qualité du responsable)

Certifie que Monsieur ou Madame

Employé(e) en qualité de

☐ Perçoit depuis le
 - le supplément familial de traitement :
 - un sursalaire « à caractère familial » :
 enfants suivants :

.....
 €.....€

au titre des

Nom - Prénom	Date de naissance

--	--

- ☐ Ne perçoit pas de notre part un supplément familial de traitement ou sursalaire « à caractère familial »
☐ A cessé de percevoir cet avantage familial depuis le

Cachet de l'employeur

--

Fait à, le

Signature

** N.B. : Dans le cas d'une demande engendrant un rappel, l'employeur doit attester de la non-perception du SFT ou de tout autre prestation pour toute la période (à compter de la date de début du droit à SFT)*