

**SURSALAIRE FAMILIAL****Attestation à remplir par l'employeur du conjoint**

<b>IDENTIFICATION DE L'AGENT</b>
<b>NOM :</b>
<b>PRENOM :</b>
<b>GRADE :</b>
<b>POSTE :</b>

**A remplir par l'employeur du conjoint**

Je soussigné(e), (nom, prénom, qualité) :

certifie que M/Mme

employé(e) en qualité de :

depuis le :

**Perçoit de notre part un supplément de traitement à caractère familial.**  
(supplément familial, sursalaire familial)

**Montant perçu :**

<b>Nom, Prénom de l'enfant</b>	<b>Montant mensuel perçu :</b>	<b>Depuis le</b>

**Ne perçoit pas de notre part un supplément de traitement à caractère familial.**  
(supplément familial, sursalaire familial)

Le présent formulaire est destiné à : **COMUE UBFC**

Cachet de l'autorité délivrant l'attestation :

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature