

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

IDENTIFICATION DE L'AGENT
NOM :
PRENOM :
GRADE :
POSTE :

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 :

Nom, Prénom de l'enfant	Montant mensuel perçu :	Depuis le

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