



ATTESTATION DE NON PERCEPTION DU SFT

à remplir par l'employeur du père ou de la mère du ou des enfants

Identification de l'employeur :

Nom :

Adresse :

Certifie que M/Mme

Employé(e) chez nous depuis le

- Perçoit le supplément familial de traitement
- N'a jamais perçu le supplément familial de traitement,
- Perçoit le SFT partagé entre les deux conjoints depuis le :
- A cessé de percevoir le supplément familial de traitement depuis le :
- Cessera de percevoir le supplément familial de traitement à compter du :

Fait à, le

Signature de l'intéressé(e)