

CHOIX DE L'ALLOCATAIRE DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

Année scolaire 2024-2025

MONSIEUR :

NOM et Prénom

Adresse :

Tél. :

N° INSEE : Profession :

Employeur : Depuis le

Adresse :

MADAME :

NOM et Prénom Epouse ou veuve

Adresse :

Tél. :

N° INSEE : Profession :

Employeur : Depuis le :

Adresse :

SITUATION FAMILIALE :

Vous vivez en couple :	<input type="checkbox"/> vous êtes mariés <input type="checkbox"/> vous vivez maritalement <input type="checkbox"/> vous êtes liés par un PACS	depuis le :
Vous vivez seul(e) :	<input type="checkbox"/> vous êtes célibataire <input type="checkbox"/> vous êtes séparé(e) de fait <input type="checkbox"/> vous êtes séparé(e) légalement <input type="checkbox"/> vous êtes divorcé(e) <input type="checkbox"/> vous êtes veuf(ve)	depuis le

SITUATION DES ENFANTS :

Nom	Prénom	Lien de parenté (fils, fille, etc.)	Date de naissance	Situation (élève, apprenti)	Est-il à votre charge ?

L'allocataire sera :

Madame

Monsieur

DECLARATION SUR L'HONNEUR : (à signer par les deux parties)

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande sont exacts, que je ne reçois pas de supplément familial de traitement et que je n'en ai pas demandé à un autre organisme.

Je m'engage à signaler immédiatement à mon service de gestion tous les changements modifiant cette déclaration.

A, le

SIGNATURES :

Monsieur,

Madame,