



Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
des Yvelines

ATTESTATION N° 4

Année scolaire 2024-2025

Reversement du Supplément Familial de Traitement au 2^{ème} parent (père ou mère)

Votre identité :

NOM Prénom

Grade :

Etablissement :

.....

Identité du bénéficiaire du Supplément Familial de Traitement :

NOM Prénom

Profession :

Employeur :

Adresse :

.....

Téléphone :

Inscrire le(s) nom(s) et prénom(s) de(s) enfant(s) :

.....

.....

.....

.....

Joindre un relevé d'identité bancaire de l'ex-conjoint(e) ou concubin(e) ;

Fait à, le

Signature