

ATTESTATION N° 4

Année scolaire 2022-2023

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