



**SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT  
FICHE DE RENSEIGNEMENTS INTERNES – FFI-  
Année :**

Matricule :	Nom Naissance Nom Marital : Prénom :
Service :	Adresse : Email : Téléphone :

**1/ Situation de Famille**

Au cours de l'année passée, votre situation de famille a-t-elle évolué (si non, passer à la rubrique 2)  
 Oui  Non

Si oui :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mariage Date : ..... /.. / ....           | <input type="checkbox"/> PACS Date : ..... /.. / ....    |
| <input type="checkbox"/> Concubinage Date : ..... /.. / ....       | <input type="checkbox"/> Divorce Date : ..... /.. / .... |
| <input type="checkbox"/> Décès du conjoint Date : ..... /.. / .... | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) .....          |

**2/ Situation du Conjoint ou du Concubin**

Votre conjoint est-il dans l'une des situations suivantes (si non, passer à la rubrique 3) :

- Travaille au CHD son matricule : .....
- Salarié du secteur public : **Si oui, remplir l'attestation employeur au verso**
- Secteur privé, libéral, sans emploi, retraité : **Pas d'attestation employeur à fournir.**

**3/ Enfants de moins de 20 ans à votre charge**

NOM	PRENOM	Date de naissance	Enfant non scolarisé	Etudiant ou élève	Salarié/ Apprenti	Handicapé percevant l'AEEH	Chômeur	Sans activité

Enfants qui perçoivent la prestation APL de la Caisse d'allocations familiales à titre personnel  
.....

**Joindre impérativement une attestation de paiement de la Caisse d'allocations familiales datant de moins de 3 mois.**

Pour la prestation enfant handicapé : joindre en plus la notification MDPH actualisée.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Signature de l'Agent

Tout changement dans la situation de famille doit être signalé sans délai. Des justificatifs pourront vous être demandés à tout moment. Toute déclaration erronée entraînera la suppression de vos droits, le remboursement des sommes indûment perçues et le cas échéant l'engagement d'une procédure disciplinaire. En outre, l'article 441-2 du code pénal punit d'une peine de cinq ans d'emprisonnement et d'une amende de 75 000 euros le faux commis sur un document délivré par une administration publique aux fins de constater un droit.

# ATTESTATION À COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR DU CONJOINT

(sauf pour le secteur privé)

Je soussigné(e) .....

certifie que Mr Mme .....

- Ne perçoit pas le Supplément Familial de traitement ( )
- Ne perçoit pas la Prestation Enfant Handicapé ( )
- Perçoit le Supplément Familial de traitement ( )
- Perçoit la Prestation Enfant Handicapé ( ) depuis le : .....  
d'un montant de : .....

Pour les enfants suivants :

.....  
.....  
.....  
.....

Cachet de l'employeur

Fait à le,  
Signature

(1) Cocher la case correspondante