



À compléter en autant d'exemplaires que nécessaire

## ANNEXE 2

### Attestation employeur de l'autre parent, du conjoint ou ex-conjoint relative au supplément familial de traitement (SFT)

À compléter **uniquement** si l'employeur de l'autre parent de votre (vos) enfant(s) est un employeur **public ou assimilé**.

Nom de l'employeur : .....

Adresse de l'employeur : .....

Je soussigné(e) (nom et qualité du signataire) .....

Atteste que .....

Employé(e) depuis le .....

En qualité de .....

- Ne perçoit pas un supplément familial de traitement ou un autre avantage familial de même nature depuis le .....
- Perçoit un autre avantage familial de même nature que le SFT au titre du (des) enfant(s) ci-dessous désigné(s).
- Perçoit un SFT au titre du (des) enfant(s) ci-dessous désigné(s). Au regard de la déclaration commune de choix d'allocataire du SFT, le versement à notre agent du SFT :
  - Continuera à être effectué jusqu'à la prochaine déclaration
  - Cessera à compter du .....

| Nom et prénom de l'enfant | Date de naissance |
|---------------------------|-------------------|
|                           |                   |
|                           |                   |
|                           |                   |
|                           |                   |
|                           |                   |

Fait à....., le .....  
(Cachet et signature de l'employeur)