



Institut National  
Universitaire  
**Champollion**

## ATTESTATION SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT CHOIX DE L'ALLOCATAIRE

### AGENT

NOM et PRENOM : .....  
SITUATION FAMILIALE : .....  
GRADE : .....  
ETABLISSEMENT : .....

### A - VOTRE CONJOINT OU CONCUBIN EST FONCTIONNAIRE

NOM et PRENOM : .....  
EMPLOYEUR : .....  
ADRESSE DE L'EMPLOYEUR : .....  
Je soussigné(e) : .....  
Déclare ne pas être bénéficiaire du supplément familial de traitement et produire en conséquence  
l'attestation de mon employeur.  
Nous soussignés (agent et conjoint) : .....  
attestons l'exactitude de cette déclaration et choisissons d'un commun accord M. ....  
pour être bénéficiaire du supplément familial de traitement (Ce choix est valable un an minimum)  
Fait à : ..... le : .....

### B - VOTRE CONJOINT OU CONCUBIN EST SALARIE DE DROIT PRIVE OU NON SALARIE

NOM et PRENOM : .....  
EMPLOYEUR : .....  
ADRESSE DE L'EMPLOYEUR : .....  
Je soussigné(e) : .....  
déclare : • être • ne pas être bénéficiaire du supplément familial de traitement et produire en  
conséquence : • l'attestation de mon employeur (salarié de droit privé) • une attestation sur l'honneur  
(non salarié)  
  
Je soussigné(e) : ..... certifie  
l'exactitude de cette déclaration et demande le bénéfice du supplément familial de traitement.  
Fait à : ..... le : .....  
Signatures de l'agent et du conjoint

**1. Si votre conjoint ou concubin est salarié du secteur privé**

**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR**

Je soussigné(e).....

Certifie que M. / Mme / Melle.....

employé(e) dans mes services en qualité de salarié(e) du secteur privé.

ne perçoit pas un supplément familial de traitement\*

perçoit un supplément familial de traitement\*

\*Cocher la case correspondante.

Cachet de l'employeur                    à                    le

Signature

**2. Si votre conjoint ou concubin est fonctionnaire ou employé dans une entreprise publique.**

**ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR**

Je soussigné(e).....

Certifie que M. / Mme / Melle.....

employé(e) dans mes services en qualité de salarié(e) du secteur public.

ne perçoit pas un supplément familial de traitement\*

perçoit un supplément familial de traitement\*

\*Cocher la case correspondante.

Cachet de l'employeur                    à                    le

Signature

**Formulaire à compléter par les 2 parents**

**Fournir impérativement la photocopie du livret de famille**

**L'ensemble est à adresser à la**

**INSTITUT NATIONAL UNIVERSITAIRE CHAMPOLLION  
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES  
PLACE DE VERDUN  
81012 ALBI CEDEX 9**

**ou par mail :**

[ressources.humaines@univ-jfc.fr](mailto:ressources.humaines@univ-jfc.fr)