

**MAIRIE**

REPUBLIQUE FRANCAISE

DEPARTEMENT DU VAL D'OISE  
ARRONDISSEMENT D'ARGENTEUIL  
CANTON DE DOMONT

**FICHE - SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT  
ET JOURS ENFANTS MALADE**

A RETOURNER AU SERVICE RH DE LA MAIRIE DU PLESSIS BOUCHARD

**Situation familiale de l'agent**

Nom – Prénom

- ☐ marié (e) ou pacsé (e)  
☐ divorcé (e)  
☐ célibataire  
☐ veuf (ve)

**CADRE RESERVE A L'EMPLOYEUR DU CONJOINT**

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

Agissant en qualité de \_\_\_\_\_

De la société \_\_\_\_\_

☐ De droit privé

☐ De droit public

Certifie l'exactitude des informations ci-dessous :

Nom et Prénom du salarié : \_\_\_\_\_

**Bénéficie des droits et/ou prestations suivants pour les enfants dénommés ci-après :**

Nom-Prénom : \_\_\_\_\_ Nom-Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom-Prénom : \_\_\_\_\_ Nom-Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

**Du supplément familial pour l'année scolaire de septembre 2022 à septembre 2023 :**

☐ Oui

☐ Non

**De journées exceptionnelles d'absence pour la garde d'enfants malade de moins de 16 ans pour l'année civile de janvier à décembre de l'année en cours.**

☐ Oui

Préciser le nombre de jours rémunérés : \_\_\_\_\_ jours

☐ Non

**Signature et cachet de l'employeur**