

ATTESTATION DE NON PERCEPTION D'UNE AIDE POUR PARENT D'ENFANT HANDICAPE

(à compléter par l'employeur du conjoint de l'agent demandeur du versement de l'APEH)

⁽¹⁾ barrer la mention inutile

Je, soussigné(e) Monsieur/Madame ⁽¹⁾
(nom et fonction)

Organisme / Entreprise / Etablissement ⁽¹⁾

atteste que Monsieur/Madame ⁽¹⁾
(nom et prénom)

Domicilié(e) :

ne bénéficie pour son enfant
(nom et prénom)

d'aucune aide pour parent d'enfant handicapé.

Fait à la demande de l'intéressé(e), pour servir et faire valoir ce que de droit.

Fait àle

Signature et cachet