

**ATTESTATION DU NOMBRE D'ENFANTS
JUSTIFIANT DE LA DUREE D'INDEMNISATION
DU CONGE MATERNITE**

A remplir par la collectivité employeur

AGENT

Numéro de Sécurité Sociale

Date d'entrée en fonction *:

NOM PATRONYMIQUE.....Prénoms

NOM MARITAL.....Date de naissance

Nombre d'enfant(s) en référence à l'article L 331-4 du Code de Sécurité sociale

NOM, Prénoms : Date de naissance :

NOM, Prénoms : Date de naissance :

NOM, Prénoms : Date de naissance :

NOM, Prénoms : Date de naissance :

NOM, Prénoms : Date de naissance :

NOM, Prénoms : Date de naissance :

ATTESTATION DE LA COLLECTIVITE

Je soussigné (NOM, Prénom, Fonction)

.....
atteste la réalité des informations portées ci-dessus.

Fait à le

pour valoir ce que de droit.....

(signature + cachet de la collectivité)

Nota : Le fonctionnaire certifiant les renseignements est passible, en cas de fausse déclaration, de sanctions disciplinaires en application de l'article 29 du titre I du statut général de la Fonction Publique Territoriale.

*A compléter pour le contrat 3411H, « la garantie maternité s'applique aux seuls agents ayant une ancienneté d'au moins 6 mois dans la Fonction Publique ».