

CENTRE HOSPITALIER GUILLAUME REGNIER DE RENNES

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

Service PAIE

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e)

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

* Déclare avoir à ma charge :

NOM : PRENOM :

*Ne pas percevoir du fait de mon conjoint ou concubin d'avantage similaire à "l'allocation aux parents d'enfants handicapés de moins de 20 ans".

*M'engage à signaler **sans délai**, toute modification pouvant intervenir dans la situation de mon enfant, notamment en cas de placement pris en charge intégralement.

Fait à, le

Signature,