



UNIVERSITÉ
CÔTE D'AZUR

DIRECTION DES

RESSOURCES HUMAINES

ANNEXE 1 – Document à faire remplir par l'employeur du conjoint

PIM

Attestation de non-perception par le conjoint d'un avantage similaire

Je soussigné(e).....

Certifie que :

N'a perçu et ne percevra pas l'allocation aux parents d'enfant en situation de handicap âgés de moins de 20 ans pour l'année civile 20 _ _

Pour l'enfant (nom, prénom, date de naissance) :

.....

Fait à :, le
(Cachet et signature de l'employeur)