|  |  |
| --- | --- |
| **Rectorat de l’académie de Créteil**  **Division des affaires financières**  **Bureau des congés bonifiés**  DAF 2B  Affaire suivie par :  Sylvia FEDER  Sandrine MARGARY  Danièle MBOMBO MOKONDA  Tél : 01 57 02 62 29 / 63 58  Mél : [congesbonifies@ac-creteil.fr](mailto:congesbonifies@ac-creteil.fr)  4, rue Georges-Enesco 94 010 Créteil Cedex  www.ac-creteil.fr |  |

Annexe 2

Titre : ATTESTATION EMPLOYEUR DU CONJOINT et/ou DE LA PERSONNE DETENTRICE DE L’AUTORITE PARENTALE

Je soussigné(e) :

………………………………………………………………………………………………………..…………………..……

NOM ou raison sociale, adresse, téléphone de l’employeur : ………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………..………………………….………

………………………………………………………………………………………………………………………….……..  
atteste que Monsieur ou Madame : …………………………………………………………………………….………...

est employé(e) dans mon entreprise depuis le ………………………………………………………………….………

et certifie l’exactitude des renseignements ci-après :

- L’employeur participe-t-il aux frais de voyage de son employé(e) pour se rendre dans un D.O.M. ? • OUI • NON (cocher la case correspondante)

Si OUI :

Date de la dernière prise en charge des frais de voyage : …………………………………………………….………

- Le conjoint a-t-il été pris en charge au cours des 2 dernières années ?

• OUI • NON (cocher la case correspondante)

- Les enfants ont-ils été pris en charge au cours des 2 dernières années ?

• OUI • NON (cocher la case correspondante)

- Date de la prochaine prise en charge des frais de voyage : ……………………………….

Fait à ……………………………..….……, le…………………………………

Signature et qualité du signataire (cachet obligatoire)