

**ATTESTATION DU NOMBRE D'ENFANTS  
A TRANSMETTRE LORS DE LA DECLARATION MATERNITE - ADOPTION**

*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 : .....  
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.