

Nom et adresse de la SLSP :
LE FOYER JAMBOIS & EXTENSIONS
rue Duhainaut 72
5100 JAMBES

**ATTESTATION A FAIRE COMPLETER PAR L'ORGANISME PAYEUR D'ALLOCATIONS
FAMILIALES EN VUE D'OBTENIR UNE REDUCTION DE LOYER**

CADRE I. IDENTITE DU LOCATAIRE

Nom et prénom : N° locataire :
Adresse complète :
N° dossier allocations familiales :

CADRE II. A COMPLETER PAR L'ORGANISME PAYEUR D'ALLOCATIONS FAMILIALES

Je soussigné(e) (nom et grade):

certifie que des allocations familiales ont été attribuées en faveur des bénéficiaires ci-dessous au cours du
..... **trimestre**

Nom, prénom et date de naissance :

- | | |
|---------|----------|
| 1. | 6. |
| 2. | 7. |
| 3. | 8. |
| 4. | 9. |
| 5. | 10. |

Les bénéficiaires mentionnés ci-après ont bénéficié durant la même période, du supplément pour enfants
handicapés ou d'allocation majorées d'orphelins :

- | | |
|---------|----------|
| 1. | 6. |
| 2. | 7. |
| 3. | 8. |
| 4. | 9. |
| 5. | 10. |

Fait à

le

Sceau de l'organisme d'allocations familiales

Signature

NB : Le locataire est prié d'envoyer ce document dans le plus bref délai, à l'organisme d'allocations familiales
compétent qui le renverra, dûment complété, à la société désignée ci-dessus.