

**Division des personnels
d'administratifs et d'encadrement
DPAE 3
Service action sociale**

9 rue des Brice
C.O. n°30013
54035 Nancy Cedex

ATTESTATION DE NON VERSEMENT DE LA PCH

Je soussigné(e), NOM : _____ Prénom : _____

Grade : _____,

certifie sur l'honneur ne pas bénéficier de la prestation de compensation du handicap (PCH) prévue par l'article D-245-32-1 du code de l'action sociale et des familles.

Concernant le ou les enfants :

_____ né.e le : _____

_____ né.e le : _____

_____ né.e le : _____

_____ né.e le : _____

_____ né.e le : _____

Je m'engage à signaler tout changement modifiant cette déclaration.

Date

Signature