

# ATTESTATION DE NON CHANGEMENT DE SITUATION POUR LES ASSOCIATIONS – LES MUTUELLES

Je soussigné :

Agissant en qualité de :

de l'Association :  
(ou Mutuelle)

Certifie qu'il n'y a pas de changement concernant (cases à cocher) :

- le récépissé de déclaration en Préfecture (et pour les mutuelles, récépissé de demande d'immatriculation au registre national des mutuelles)
- le numéro SIREN / SIRET
- les statuts
- le RIB
- autres : \_\_\_\_\_

**En cas de modification de l'un des points ci-dessus, merci de transmettre au service action sociale de la Caf de Saône-et-Loire les justificatifs concernés.**

**Caisse d'Allocations familiales de Saône et Loire**  
**Aides Financières Individuelles et Collectives**  
TSA 20128  
71028 MACON Cedex  
[action-sociale-afc.cafmacon@cafmacon.cnafmail.fr](mailto:action-sociale-afc.cafmacon@cafmacon.cnafmail.fr)

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, agissant en qualité de \_\_\_\_\_  
de l'Association (ou Mutuelle) \_\_\_\_\_,  
certifie exacts les renseignements portés ci-dessus.

Fait à

le

Signature du représentant légal ou de son délégué\*\* :

\*\* signature précédée de la mention « par délégation »