

Nom du gestionnaire	
Type d'activité	<b>PSU</b>
Nom de l'équipement	
N° SIAS	
Commune	
Famille de pièces	<b>1 ELABORER LA COF</b>



## ATTESTATION DE NON CHANGEMENT DE SITUATION

à adresser à la Caisse d'Allocations Familiales

Je soussigné (e), (nom et prénom) \_\_\_\_\_

représentant légal de (nom de l'organisme) \_\_\_\_\_

dont le siège est situé (adresse) \_\_\_\_\_

atteste qu'aucun changement n'est intervenu dans la situation de l'organisme que je représente, pour les informations ou documents suivants:  
(cocher les cases correspondantes)

- Statuts
- Numéro SIREN/SIRET
- Relevé d'identité bancaire, postal ou caisse d'épargne
- Association: Récépissé de déclaration en Préfecture;  
Mutuelle: Récépissé de demande d'immatriculation au registre des mutuelles;  
Comité d'entreprise: Procès verbal des dernières élections constitutives;  
Collectivités territoriales, établissements publics: Arrêté préfectoral portant création d'un EPCI  
(Rayer la mention inutile)
- Justificatifs d'autorisation d'ouverture

Fait à _____, le _____
Signature du représentant légal/ Cachet de l'organisme