

# Avis de mutation pour les allocations familiales

**Remarques:**

- Seuls les avis de mutation intégralement remplis et accompagnés de tous les documents et annexes requis seront traités.
- Ce formulaire ne peut être utilisé **que** dans la mesure où une demande d'allocations familiales a été déposée auprès de *medisuisse*.

**1 Employeur (indépendants: veuillez indiquer le numéro de décompte ainsi que l'adresse professionnelle)**

Nom / Entreprise		Numéro de décompte
Adresse: rue / no	NPA / Localité	joignable au (téléphone, e-mail)

**2 Bénéficiaire**

Nom	Prénom	Numéro d'assuré (no AVS)
-----	--------	--------------------------

**3 Mutation concernant le/la bénéficiaire**

- Départ de l'entreprise le: \_\_\_\_\_
- Le revenu n'atteint pas le seuil minimum le: \_\_\_\_\_  
(612 fr./mois resp. 7350 fr./an)
- Déménagement (si changement de canton) le: \_\_\_\_\_
- Séparation ou divorce le: \_\_\_\_\_  
joindre jugement/accord de séparation ou jugement de divorce
- Incapacité de travail (accident/maladie) depuis le: \_\_\_\_\_  
de plus de trois mois  
joindre certificat(s) médical(aux)
- Congés non payés du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_
- Début ou changement d'activité prof. le: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_  
de l'autre parent:
- Changement du premier ayant droit depuis le: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

(Précision: En cas de naissance d'un autre enfant, il faut compléter un nouveau formulaire.)

**4 Mutation concernant l'enfant du/de la bénéficiaire**

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_

- Fin/Interruption de la formation le: \_\_\_\_\_  
joindre une attestation
- Reprise de la formation du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_  
joindre un certificat de formation

**5 Remarques**

**6 Confirmation et signature**

Les personnes soussignées attestent avoir rempli l'avis de mutation conformément à la vérité:

Date, signature du/de la bénéficiaire	Date, timbre et signature de l'employeur
---------------------------------------	--