



Important: à remplir en complément de la demande APG originale uniquement en cas de service ou de cours
Jeunesse + Sport pour les personnes exerçant une activité auprès de plusieurs employeurs.

I. DONNÉES PERSONNELLES		
NAVS13 : 756 _____	Nom de famille: _____	Prénom: _____
Adresse (rue / n° / NPA / lieu): _____		
Téléphone / portable: _____	E-mail: _____	
Période de service (conformément à la demande APG originale): du _____ au _____		

II. À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR				
Salaire soumis à cotisations AVS avant l'entrée en service, resp. salaire perçu lors de la dernière occupation				
La personne accomplissant le service est salariée :				
<input type="checkbox"/> Au mois:	<input type="checkbox"/> x 12	<input type="checkbox"/> x 13	CHF _____	(sans salaire en nature)
<input type="checkbox"/> A l'heure: dernier salaire horaire pour _____ heures par semaine à	CHF _____	(sans indemnités de vacances)		
<input type="checkbox"/> Autre rémunération (par exemple gratifications):	CHF _____	<input type="checkbox"/> heure	<input type="checkbox"/> mois	<input type="checkbox"/> année <input type="checkbox"/> 4 semaines
La personne accomplissant le service était-elle occupée en permanence chez vous durant les 12 derniers mois ?				
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	du: _____ au _____		
Dans la mesure où le salaire de la personne faisant du service était soumis à de fortes fluctuations avant l'entrée en service, prière d'indiquer le salaire des douze derniers mois avant l'entrée en service ou joindre les fiches / un journal des salaires :				
Salaire AVS des douze mois précédant l'entrée en service (sans indemnités journalières de l'AA ou de l'AMal)			Absences pour raison de maladie ou d'accident: spécifier l'absence par M = maladie / A = accident	
	202...	202...	du	au
JANVIER				
FÉVRIER				
MARS				
AVRIL				
MAI				
JUIN				
JUILLET				
AOÛT				
SEPTEMBRE				
OCTOBRE				
NOVEMBRE				
DÉCEMBRE				



Continuez-vous à verser le salaire pendant le service ?

Non Oui CHF _____ ou _____ % du salaire soumis à cotisations AVS avant l'entrée en service.

Jusqu'à quand continuez-vous à verser le salaire ? du: _____ au _____

Souhaitez-vous que la caisse de compensation adresse le paiement : A l'employeur ? A la personne faisant du service ?

Adresse de paiement :

Nom de l'établissement : _____

Titulaire du compte : _____

IBAN complet : _____

Indications sur l'employeur :

Nom de la caisse de compensation : _____

N° d'affilié de l'employeur : _____

Personne de contact : _____

N° de téléphone : _____ Adresse e-mail : _____

Lieu et date : _____ **Timbre et signature de l'employeur :**