



ASSOCIATION DES ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE

2 impasse du Bégau 16600 TOUVRE

TEL : 07.50.30.12.66 ou 07.50.49.46.46

Mail : [assodep16@gmail.com](mailto:assodep16@gmail.com)

Site : [www.assodep16.fr](http://www.assodep16.fr)

 assistantes maternelles de la Charente

**BULLETIN A REMPLIR EN LETTRES MAJUSCULES**

1<sup>ère</sup> adhésion\* ou  Renouvellement d'adhésion\*

Nom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	
Code postal : .....	
Commune: .....	
☎ Fixe : ____/____/____/____/____	☎ Mobile : ____/____/____/____/____
Adresse e-mail : _____@_____	
Si vous disposez d'une adresse mail, vous recevrez les informations par courriel.	
Pour les Assistantes-Maternelles N°d'Agrément : _____	
<input type="checkbox"/> Membre actif *	
<input type="checkbox"/> Membre retraité*	
<input type="checkbox"/> Parent-employeur*	

• **Cochez les cases correspondantes**

**COTISATIONS**

Règlement par chèque à l'ordre de : l'association des assistantes maternelles de la Charente.

• **Adhésion : 21€**

N° du chèque : \_\_\_\_\_ Banque : \_\_\_\_\_

Nom du titulaire du compte : \_\_\_\_\_

- Je ne souhaite pas recevoir l'Agenda BBnounou\*  
 Je souhaite recevoir l'Agenda BBnounou \*

**MUTUELLE 403**

- Je ne souhaite pas adhérer au contrat santé complémentaire\*  
 Je souhaite (re) adhérer au contrat santé complémentaire\*

• **Mutuelle 403 : joindre obligatoirement tous les ans :**

- La photocopie de votre décision d'agrément
- Une attestation sur l'honneur spécifiant que vous êtes toujours en activité. Cette attestation peut être faite au dos de la décision d'agrément.
- Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Date de départ du contrat 403 : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Que vous soyez actif ou retraité, pour bénéficier du contrat Mutuelle 403, vous devez vous acquitter tous les ans de votre adhésion.

En remplissant ce formulaire d'adhésion, vous acceptez que l'Association des Assistantes Maternelles de la Charente mémorise et utilise vos données personnelles collectées dans ce formulaire dans le but d'améliorer vos interactions avec elle. En l'occurrence, vous autorisez Association Assistantes Maternelles de la Charente à communiquer occasionnellement avec vous si elle le juge nécessaire afin de vous apporter des informations complémentaires sur ses actions via les coordonnées collectées dans le formulaire.  
Afin de protéger la confidentialité de vos données personnelles, l'Association des Assistantes Maternelles de la Charente s'engage à ne pas divulguer, ne pas transmettre, ni partager vos données personnelles avec d'autres entités, entreprises ou organismes, quels qu'ils soient, conformément au Règlement Général de Protection des Données de 2018 sur la protection des données personnelles et à notre politique de protection des données.

Je déclare avoir été informé(e) et donne mon consentement aux traitements de mes données à l'Association des Assistantes Maternelles de la Charente (consentement obligatoire)

Date et signature de l'adhérent : le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_