

**ADHESION 2020****Validité du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2020****BULLETIN A REMPLIR EN LETTRES MAJUSCULES** 1^{ère} 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 Assistant(e)s-Maternel(le)s N°d'Agrément : _____	
<input type="checkbox"/> Membre actif * assistant(e)s maternel(le)s et professionnel(le)s de la petite enfance	
<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 : 22€

N° du chèque : _____ Banque : _____

Nom du titulaire du compte : _____

Les chèques seront encaissés à partir de Janvier 2020

- Je ne souhaite pas recevoir l'Agenda BBnounou*
 Je souhaite recevoir l'Agenda BBnounou *(L'association offre un agenda aux 350 premières assistant(e)s maternel(le)s en activité.)

Souhaitez-vous adhérer à la carte CEZAM au prix de 10€ [à payer séparément]

- Oui
 Non

MUTUELLE 403

- Je ne souhaite pas adhérer au contrat santé complémentaire*
 Je souhaite adhérer ou continuer à bénéficier du contrat santé complémentaire*

•Mutuelle 403 : joindre obligatoirement:

- Pour une nouvelle adhésion : photocopie de votre agrément en cours ainsi que la date du début du contrat de la mutuelle 403 : ____/____/____
- Une attestation sur l'honneur spécifiant que vous êtes toujours en activité. Cette attestation doit être faite au dos de la décision d'agrément en cas de renouvellement durant l'année 2019, ou au dos de la feuille d'adhésion.
- Pour les adhérent(e)s en invalidité : Une attestation sur l'honneur de situation professionnelle affirmant votre engagement de non activité dans quelconque secteur professionnel.
- Date de naissance : ____/____/____

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 ____/____/____