ASSOCIATION DES ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE
2 Impasse du Bégaud – 16600 TOUVRE
Tel : 07.50.49.46.46 ou 06.04.19.55.79 ou 07.50.30.12.66
Responsable mutuelle complémentaire : 06.31.56.99.57
Mail : assodep16@gmail.com Site : www.assodep16.fr assistantes maternelles de la Charente

ADHESION 2024
Validité du 1er janvier 2024 au 31 décembre 2024

BULLETIN A REMPLIR EN LETTRE MAJUSCULES

☐ 1ère adhésion ou ☐ Renouvellement d'adhésion

Nom : …… Prénom : ……..……

Adresse :……
……

Code postal :…….Commune :……

☎ Fixe : ……./……./……./……./……. ☎ Portable : ……./……./……./……./…….

Email : ……@……(si vous disposez d'une adresse mail, vous recevrez les informations par courriel.)

☐ Membre actif : assistant(e) maternel(le) ou professionnel(le) de la petite enfance. N° d'Agrément :……
❍ Je souhaite l'agenda Bébé-nounou
❍ Soit à retirer à :❍ Chasseneuil ❍ Champniers ❍ Isle d'Espagnac ❍Tourriers ❍Touvre
❍ Soit à l'envoi de 4 timbres à l'Association en même temps que ce bulletin d'adhésion
L'Agenda sera offert aux 150 premières demandes

☐ Membre à la retraite depuis le : …… (*Sauf si vous continuez votre activité d'assistante maternelle partiellement*)
☐ Membre en invalidité ☐ Parent-employeur

•**Cocher les cases correspondantes**

COTISATION ADHESION : 23€

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

N° du chèque : …… Banque : ……
Nom du titulaire du compte : …….

Les chèques seront encaissés à partir de Janvier 2024.

MUTELLE COMPLEMENTAIRE

☐ Je ne souhaite pas adhérer au contrat santé complémentaire
☐ Je souhaite continuer à adhérer au contrat santé complémentaire, je fournis : *(sauf pour ceux ou celles qui prennent leur retraite).*
- une attestation sur l'honneur spécifiant que je suis toujours en activité. Cette attestation doit être faite au dos de la décision d'agrément en cas de renouvellement durant l'année 2023, 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 d'activité.
- date de naissance : ……./……./…….

☐ Je souhaite adhérer au contrat santé complémentaire, je fournis :
- photocopie de mon agrément,
- une attestation sur l'honneur spécifiant que je suis toujours en activité. Cette attestation doit être faite au dos de la décision d'agrément.
- date de naissance : ……./……./……..

Pour bénéficier du contrat Mutuelle, vous devez vous acquitter de votre adhésion à l'association avant le 1er janvier 2024.

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 l'Association des Assistantes Maternelles de la Charente à communiquer occasionnellement avec vous si elle le juge nécessaire afin de vous apporter des informations complémentaires su 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 l'engage à ne pas divulguer, ne pas transmettre, ni partager vos sonnées personnelles avec d'autres entités, entreprises ou organismes, quels qui 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(e) : ……./……./…….