

ASSOCIATION DES ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE

82, Route d'Angoulême – 16260 CHASSENEUIL-SUR-BONNIEURE

☎ 06.04.19.55.79 ou ☎ 07.50.49.46.46 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

ADHÉSION 2025

Validité du 1^{er} janvier 2025 au 31 décembre 2025

Cochez la OU les cases vous concernant

1^{ère} adhésion Renouvellement Mutuelle Retraité(e) Parent-employeur

BULLETIN À REMPLIR INTÉGRALEMENT EN LETTRES MAJUSCULES S.V.P

NOM : **Prénom** :

Date de naissance : / /

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 :

Membre à la retraite depuis le : (Sauf si vous continuez votre activité d'assistante maternelle partiellement)

Membre en invalidité

* Cocher les cases correspondantes

COTISATION ADHÉSION : 25€

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 2025

OU

Virement : CRÉDIT AGRICOLE

IBAN : FR76 1240 6001 3180 0139 3501 010

Code BIC – code SWIFT AGRIFRPP824

N'oubliez pas de mettre un libellé lors de votre virement en rappelant vos NOM, Prénom et Commune.

MUTUELLE 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 2024, ou au dos de la feuille d'adhésion.
- Photocopie de mon agrément, l'année du renouvellement
- 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.

Pour bénéficier du contrat Mutuelle, vous devez vous acquitter de votre adhésion à l'Association avant le 1^{er} janvier 2025.

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 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(e) : / /