

### **FICHE DE RENSEIGNEMENTS :**

### **« ASSOCIATION EMPLOYEUR »**

**L’ASSOCIATION**

# **Nom de l’association** :

**Adresse du siège social** :

**Tél**: **Fax** :

**Mail** :

**Date de création de l’association** :

**Indiquez au moins une fédération d’affiliation (une seule nécessaire) :**

**Numéro de S.I.R.E.T. :**

**Code APE. :**

**Activité Principale :**

**Effectif au 31/12/2016 en ETP** :

**Taux d’accident du travail** / plusieurs possibles (c.f. notification CRAM Ile de France):

1. Code risque N°1 : Taux AT N°1 :
2. Code risque N°2 : Taux AT N°2 :
3. Code risque N°3 : Taux AT N°3 :

**LES CONTACTS**

**Nom du/de la Président(e)** :

**Adresse postale** :

**Tél :** **Fax :**

**Mail :**

**Nom du/de la correspondant(e) pour la gestion de l’emploi :**

**Adresse postale :**

**Tél :** **Fax :**

**Mail :**

**GESTION DES CHARGES**

**Mode de paiement des salaires :** virement chèque

**Avez-vous déjà un compte Net-Entreprise** : oui  non

**Télérèglement**: oui  non

**Coordonnées bancaires (joindre un RIB) :**

**Lors d’un arrêt de travail, la Convention Collective Nationale du Sport impose le maintien de salaire dans certains cas (après 3 jours de carence) :**

* Appliquez-vous le maintien de salaire sans jour de carence ?

oui  non

* Faites vous la subrogation de salaire (c’est vous qui recevez les indemnités journalières de vos salariés, de la part de l’assurance maladie)

oui  non

**Informations complémentaires** :

**ORGANISMES COLLECTEURS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nom et adresse** | **N° d’adhérent** |
| **URSSAF** |  |  |
| **Caisse de retraite complémentaire** |  |  |
| **Caisse de prévoyance** |  |  |
| **Organisme collecteur de la formation professionnelle** |  |  |
| **Mutuelle** |  |  |
| **Recette des impôts** |  |  |

***Loi relative à l’Informatique et aux Libertés.***

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, nous vous informons que les données nécessaires à la gestion des bulletins de paie de vos salariés et à la réalisation de vos déclarations sociales sont enregistrées dans notre logiciel de paye***.*** Vous pouvez demander, en application de l’article 34 de la loi, à avoir un accès aux informations ainsi qu’un droit de rectification de celles-ci.

Je déclare avoir pris connaissance de ce texte et accepte que les informations concernant mon association soient enregistrées dans un logiciel de paye par le CDOS 94.

Je soussigné(e), , (fonction dans l’association), certifie exacte les renseignements présents.

Fait à, le / / Signature

**PIECES A FOURNIR**

 La fiche de renseignement « association employeur »

 UN RIB

 Une copie des différentes adhésions aux organismes collecteurs ou une copie du dernier bordereau déclaratif où figure vos numéros d’adhérents

 Une copie de la notification de la CARM IDF concernant le taux d’accident du travail

 Une copie de la dernière déclaration annuelle des salaires (DADS-U)