

**FICHE EMPLOYEUR**  
**Adhésion à Impact Emploi Association**

Nom de l'association : .....  
Activité principale : .....  
Date création association : ...../...../.....

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agrément Sport         | <input type="checkbox"/> Agrément colonie de vacances  | <input type="checkbox"/> Employeur artiste ou technicien du spectacle |
| <input type="checkbox"/> Agrément Jeunesse      | <input type="checkbox"/> Agrément centre aéré          | <input type="checkbox"/> Droit cotis. URSSAF forfait artiste          |
| <input type="checkbox"/> Affiliation Fédération | <input type="checkbox"/> Association Junior entreprise |   |

Adresse : .....  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : ..... ☎ : .....-.....-.....-.....

Nom du correspondant : .....  
Adresse : .....  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : ..... ☎ : .....-.....-.....-.....  
E-Mail : .....@..... Fax : .....-.....-.....-.....

Date embauche du 1er salarié : ...../...../.....  
N° SIRET : \_\_\_\_\_ Code NAF : \_\_\_\_\_

**URSSAF** N°interne : \_\_\_\_\_  
Adresse : .....

**ASSEDIC** N°interne : \_\_\_\_\_  
Adresse : .....

**Retraite complémentaire** N°interne : \_\_\_\_\_  
Organisme : ..... Adresse : .....

**Formation professionnelle** N°interne : \_\_\_\_\_  
Organisme : ..... Adresse : .....

**Recette des Impôts** N°interne : \_\_\_\_\_  
Adresse : .....

**CRAM** N°interne : \_\_\_\_\_  
Adresse : .....

**Autre organisme** N°interne : \_\_\_\_\_  
Organisme : ..... Adresse : .....

Joindre une photocopie des bordereaux récents d'appels de tous ces organismes

- |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Code Accident du Travail : _____ | 2. Code Accident du Travail : _____ |
| 1. Taux Accident du Travail : ..... | 2. Taux Accident du Travail : ..... |

Montant **unitaire** de l'indemnité kilométrique versée par l'association (facultatif) : .....€  
Horaire de travail habituel de l'association (temps complet) : .....H.

**CONVENTION COLLECTIVE**  OUI  NON  
Intitulé de la convention : .....  
Horaire de travail de la convention collective : .....H.

**Demande de téléversement**  OUI  NON

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont conformes  
Nom et Prénom \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Signature \_\_\_\_\_