

ENCORE PLUS SIMPLE : réalisez toutes vos déclarations sur [www.cea.urssaf.fr](http://www.cea.urssaf.fr)

**0 810 19 01 00** Service 0,05 € / min  
+ prix appel

## L'ASSOCIATION EMPLOYEUR

N° SIRET  NAF

Si l'association ne dispose pas de n° Siret, remplissez la déclaration sur [www.cfe.urssaf.fr](http://www.cfe.urssaf.fr) ou contactez votre Urssaf ou le centre national CEA qui se chargera des formalités d'attribution.

Convention collective (en toutes lettres) : .....

Horaire collectif mensuel  h  min

(Nombre d'heures de travail à temps complet dans votre association. La durée légale de travail est à ce jour de 151 h 67, soit 151 h 40 min ou 35 h par semaine).

Dénomination (en toutes lettres).....  
 Adresse complète (figurant dans les statuts de l'association).....  
 .....  
 ..... Code postal   
 Ville.....

Agrément Sport Date   
 Agrément Jeunesse - éducation populaire Date   
 Déclaration Accueils collectifs de mineurs à caractère éducatif  
 Date   
 Affiliation à une fédération sportive agréée Date   
 Association d'étudiants à caractère pédagogique  
 Sans agrément

## LA PERSONNE À CONTACTER

Nom ..... Prénom ..... Qualité .....

Téléphone  E-mail obligatoire.....

Fax

Adresse complète de correspondance (si différente de l'adresse ci-dessus).....

Code postal  Ville .....

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA - Merci de joindre un RIB ou un RICE

**NOM, ADRESSE et PAYS DU DÉBITEUR**

.....  
 .....  
 .....

**N° ICS (identifiant créancier Sepa) :**

.....

**NOM, ADRESSE et PAYS DU CRÉANCIER**

Urssaf de .....

.....  
 Pays : France .....

Type de paiement : récurrent / répétitif

## COMPTE A DÉBITER

IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Business Identifier Code)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Information légale sur le délai de pré-notification : dans le cas du dispositif CEA, le délai de pré-notification peut-être, le cas échéant, inférieur à 14 jours calendaires. La signature du mandat vaut acceptation par le débiteur de ce délai.

Date :  
Signature :

N° SIRET

Raison sociale .....

## VOS ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE

→ Nom du service de santé au travail : .....

## AFFILIATION OBLIGATOIRE DES SALARIÉS NON CADRES

RETRAITE COMPLÉMENTAIRE			Nom de l'organisme	Part salarié	Part employeur	Nom de l'organisme			Part salarié	Part employeur	
CODE	11	Arrco*	Tranche 1	%	%	CODE	12	Arrco*	Tranche 1	%	%
			Tranche 2	%	%				Tranche 2	%	%

\*Si votre association est affiliée à l'Ircantec, remplacer la mention Arrco par Ircantec

RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE			Nom de l'organisme et n° de contrat	Part salarié	Part employeur
CODE	31		Tranche 1	%	%
			Tranche 2	%	%
CODE	32		Tranche 1	%	%
			Tranche 2	%	%

PRÉVOYANCE			Part salarié	Part employeur					
			Taux	Forfait	Taux	Forfait	dont risques non complémentaires		
							Taux Forfait		
CODE	41	Nom de l'organisme et n° de contrat	Tranche 1	%	€	%	€	%	€
			Tranche 2	%	€	%	€	%	€
			Totalité	%	€	%	€	%	€
CODE	42	Nom de l'organisme et n° de contrat	Tranche 1	%	€	%	€	%	€
			Tranche 2	%	€	%	€	%	€
			Totalité	%	€	%	€	%	€

SOINS SANTÉ			Part salarié	Part employeur			
			Taux	Forfait	Taux	Forfait	
CODE	45	Nom de l'organisme et n° de contrat	Tranche 1	%	€	%	€
			Tranche 2	%	€	%	€
			Totalité	%	€	%	€
CODE	46	Nom de l'organisme et n° de contrat	Tranche 1	%	€	%	€
			Tranche 2	%	€	%	€
			Totalité	%	€	%	€

## RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

- Quel était l'effectif de votre association au 31 décembre dernier ou si celle-ci n'existait pas quel est votre effectif au jour de l'adhésion ?
- En nombre de personnes ? ..... En équivalents temps plein (ETP) ?
- Votre association est-elle soumise :
  - à la taxe et à la contribution d'apprentissage ? oui  non
  - à la contribution à la formation professionnelle continue ? oui  non
  - à la taxe sur les salaires ? oui  non
- Souhaitez-vous utiliser le dispositif pour déclarer des salariés cadres ? oui  non  Si vous cochez "oui", nous vous adresserons un imprimé complémentaire spécifique.

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

- Je soussigné(e) Nom ..... représentant légal de l'association déclare :
  - que l'association exerce une activité non lucrative,
  - occuper au plus neuf équivalents temps plein (tous établissements confondus),
  - adhérer au dispositif Chèque emploi associatif,
  - m'engager à n'utiliser le Chèque emploi associatif qu'avec l'accord des salariés concernés.
- Je déclare utiliser le dispositif CEA pour les périodes d'emploi débutant à compter du
- Je déclare gérer tous mes salariés dans le dispositif CEA : oui  non
- Date :  Signature :

Afin de permettre un traitement rapide et optimal de votre demande d'adhésion, nous vous invitons à compléter précisément toutes les rubriques.

ENCORE PLUS SIMPLE : [www.cea.urssaf.fr](http://www.cea.urssaf.fr)

## CONVENTION COLLECTIVE

Pour connaître la convention collective qui vous est applicable, vous pouvez contacter la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) ou consulter le site [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr).

## AGRÉMENT

La Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) délivre :

- un agrément Sport pour une activité sportive,
- un agrément Jeunesse - éducation populaire pour une activité non sportive.

## VOS ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE

### → Service de santé au travail

Vous devez obligatoirement prendre contact avec un service de santé au travail.

### → Régimes de retraite complémentaire et supplémentaire et régimes de prévoyance avec affiliation obligatoire

Il vous appartient d'affilier votre association aux organismes obligatoires de retraite et de prévoyance.

Afin de garantir les droits à prestations de vos salariés, vous complétez précisément les zones relatives aux différents organismes de protection sociale dont vous dépendez (nom, mise en place du régime, taux ou forfaits applicables ainsi que la répartition entre la part salariale et la part employeur).

#### • *Retraite complémentaire (À remplir dans tous les cas)*

Les taux indiqués ne doivent pas comprendre la cotisation AGFF (association pour la gestion du fonds de financement de l'Agirc et de l'Arrco) qui est calculée automatiquement.

Si votre association est affiliée à l'Ircantec, remplacer la mention Arrco par Ircantec.

#### • *Retraite supplémentaire, prévoyance et soins santé*

Vous complétez ces lignes uniquement si la convention collective applicable à votre association rend obligatoire l'affiliation de votre salarié à un ou plusieurs de ces régimes.

En ce qui concerne la prévoyance, dans la zone "dont risques non complémentaires" vous devez indiquer, le cas échéant, la part employeur du financement du maintien de salaire en cas d'arrêt de travail (maladie ou accident du travail) sur la période pendant laquelle vous êtes tenu de maintenir tout ou partie de la rémunération en application de la loi ou d'un accord collectif, ainsi que les risques non couverts par la Sécurité sociale (indemnité de fin de carrière...). Ce taux ou ce forfait doit vous être communiqué par l'organisme assureur.

## RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Si vous souhaitez utiliser le Chèque emploi associatif pour déclarer des salariés cadres, il vous suffit de renseigner la zone prévue à cet effet. Le centre national Chèque emploi associatif vous adressera dans les plus brefs délais un imprimé complémentaire spécifique.

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

### → Date d'effet de l'adhésion au Chèque emploi associatif

Le centre national Chèque emploi associatif prendra en compte vos déclarations au premier jour du mois de la date d'effet (Exemple : pour une déclaration d'utilisation du dispositif au 27/01/15, vos déclarations seront prises en compte à compter du 01/01/15).

## POUR PLUS D'INFORMATION

Centre national Chèque emploi associatif  
CS 90002 - 62017 Arras Cedex 9  
[www.cea.urssaf.fr](http://www.cea.urssaf.fr)

**0 810 19 01 00** Service 0,05 € / min  
\* prix appel

du lundi au vendredi de 9h à 17h.