

À déposer auprès de la banque de votre association

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

**N° Vert 0 800 1901 00**  
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

## 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..... Fax.....

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

Code postal  Ville .....

## CHOIX DU CARNET DE VOLETS SOCIAUX

- Je souhaite commander un carnet de volets sociaux et payer mes salariés avec les moyens de paiement de mon association (virement, chèque, espèces). Dans ce cas, je transmets la demande d'adhésion au Centre national Chèque emploi associatif.
- Je souhaite commander un carnet de volets sociaux avec titres de paiement pour payer mes salariés. Je remets ma demande d'adhésion à ma banque.

## 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

## COMPTE A DÉBITER

Identification du compte pour une utilisation internationale (IBAN)

Identifiant international de l'établissement bancaire (BIC)

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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non 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										Part salarié	Part employeur
Nom de l'organisme et n° de contrat											
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

- Votre association est-elle soumise : → à la taxe et à la contribution d'apprentissage ? oui  non  → à la taxe sur les salaires ? oui  non
- à la contribution à la formation professionnelle continue ? oui  non
- Le salarié est-il un assistant maternel ou familial : 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 salariés 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.

## CHOIX DU CARNET DE VOLETS SOCIAUX

Vous cochez le carnet de volets sociaux de votre choix :

- Carnet de volets sociaux avec titres de paiement : il comprend des volets sociaux et des chèques pour rémunérer votre salarié. Vous devez remettre votre demande d'adhésion à votre banque. Elle se chargera de personnaliser les chèques au nom de votre association.
- Carnet de volets sociaux sans titres de paiement. Vous rémunérez votre salarié par virement, par chèque de l'association ou en espèces. Votre demande d'adhésion est à transmettre au centre national Chèque emploi associatif.

Encore plus simple, vous pouvez saisir vos volets sociaux en quelques clics sur [www.cea.urssaf.fr](http://www.cea.urssaf.fr)

## 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 27/01/13, vos déclarations seront prises en compte à compter du 01/01/13).

## POUR PLUS D'INFORMATION

**CENTRE NATIONAL CHÈQUE EMPLOI ASSOCIATIF**  
13 boulevard Allende - 62064 Arras Cedex 9  
[www.cea.urssaf.fr](http://www.cea.urssaf.fr)

 **N° Vert 0 800 1901 00**

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE