



Association des Familles d'Accueil de la Loire

Siège social

327 Route des vignes 42370 Saint Haon Le Vieux / Tél : 07.86.30.08.67

Email : edwige.vincent@orange.fr Siret : 379 534 589 00013

Bulletin d'adhésion 2024

Mr/Me : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Numéro d'agrément : _____

En vertu de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'AFAL s'engage à ne pas utiliser les informations de l'adhérent à des fins commerciales. Ce dernier dispose également d'un droit de regard et de rectification de ces dites informations.

Cotisation A.F.A.L

☐ Je certifie vouloir adhérer à l'association et avoir pris connaissance de la charte de l'A.F.A.L remise ce jour.

☐ Je règle ma cotisation d'un montant de **30 euros** pour l'année 2024

(Soit : **2.50 euros** par mois).

Pour **un couple d'ASS FAM** la cotisation est de 30 euros + un demi-tarif soit **45 euros**.

Somme versée ce jour _____ € payé par : ☐ chèque ☐ espèces

Le _____ à _____

Signature de l'adhérent

Signature du représentant AFAL

AFAL l'A.N.A.M.A.F, Association Nationale des Assistants Maternels, et Assistants Familiaux.

Deux options vous sont proposées au choix :

(☐) * **option 1** : Responsabilité Civile, Protection Juridique, Dommage aux Biens pour l'année civile.

Par adhérent :

14€ adhésion Anamaaf (+) 58 € l'assurance socle de base soit **72€**

Pour un Couple (gratuité de l'option 1 pour le conjoint ASS FAM)

28€ adhésion Anamaaf (+) 58€ l'assurance socle de base soit **86€**



(☐) * **option 2** : + Responsabilité Civile, Protection Juridique, Dommage aux Biens plus Auto Mission pour l'année civile.

Par adhérent :

14€ adhésion Anamaaf (+) 94 € l'assurance socle de base et **auto-mission** soit **108€**

Pour un couple (gratuité de l'option 2 pour le conjoint ASS FAM).

28€ adhésion Anamaaf (+) 94€ l'assurance socle de base et **auto-mission** soit **122€**

Option choisie _____

Etablir deux chèques un à l'ordre de l'ANAMAAF pour vos options de choix et un autre chèque à l'ordre de l'AFAL d'un montant de 30 euros.

Payé par : (☐) chèque (☐) espèces

Fait en double exemplaire, le _____ à _____

Signature de L'adhérent

Signature du représentant AFAL