

BULLETIN D'ADHÉSION 2019

PERSONNE MORALE

1^{ère} adhésion

Renouvellement d'adhésion

Êtes-vous un (e) : (cochez la case correspondante)

Association

Établissement public ou collectivité territoriale

Nom de la structure :

Adresse : Code Postal :

Ville :

Téléphone :

E-Mail

Différents lieux de votre espace de rencontre :

1 : 2 : 3 :

Adresses :

1 :

2 :

3 :

Téléphones : 1 : 2 : 3 :

E-mail :

Président(e) du conseil d'administration :

Responsable de l'ER :

Contact privilégié pour la FFER :

Adhère à la FFER et en conséquence :

- ✓ Déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de la FFER
- ✓ S'engage à respecter les principes déontologiques de la FFER et du référentiel d'activité
- ✓ S'engage à transmettre son règlement de fonctionnement
- ✓ S'engage à transmettre chaque année à la FFER les données budgétaires et statistiques dont elle peut avoir besoin au plan national avec ses partenaires institutionnels
- ✓ Verse une cotisation d'un montant de :
 - 50 euros (année de création de l'espace de rencontre)
 - 180 euros
 - Adhésion libre : (partenaires et mécènes)

Virement à établir au nom de la FFER (sous le libellé Adhésion 2019 + nom de la structure) et retourner le bulletin à federation@ffer.org

(RIP: Domiciliation bancaire: La Poste Code établissement: 20041/code guichet: 01001 N° de compte: 10128725022/Clé:09 IBAN: FR25/2004/1010/0110/1287/2502/209 - BIC: PSSFRPPBOR)

Fait à

Nom :

Le : Signature :



Veillez indiquer les adresses mail que vous souhaitez associer au compte de l'espace professionnel du site internet www.ffer.org :

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

• **Service de votre structure complémentaires de l'espace de rencontre enfant-parent :** *(cochez les cases correspondantes)*

- | | |
|---|---|
| ER accueil spécifique Adolescents <input type="checkbox"/> | ER accueil spécifique bébés <input type="checkbox"/> |
| Visites En présence d'un tiers JE <input type="checkbox"/> | Groupes de paroles <input type="checkbox"/> |
| Parloirs Prison ou accueil spécifique <input type="checkbox"/> | Médiation Familiale <input type="checkbox"/> |
| Accompagnement à distance (type Skype) <input type="checkbox"/> | Lieu d'Accueil Enfants Parents <input type="checkbox"/> |
| Autres (Précisez) : | |

• **Activité de votre espace de rencontre :**

Nombre de jours ou demi-journées d'ouverture du service :....

Nombre de ½ journées réservées aux rencontres enfants/parents :

Précisez si utile les créneaux horaires :

.....

• **Votre espace de rencontre propose-t-il des solutions d'hébergement (directement ou en partenariat) :**

Oui Non

Si oui lesquelles :

• **Nombre de salariés :** **Équivalent Temps Plein :**

Dont Intervenants :

Dont Personnel administratif :

• **Nombre de bénévoles :** **Equivalent temps plein :**

Dont Intervenants :

Dont Personnel administratif :

Dont Membres du conseil d'administration :

Adresse de correspondance (postale et mail) souhaitée pour recevoir les informations FFER si différente des adresses mentionnées ci-dessus :

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