1







IDENTIFICATION DE L'ORGANISME

I. L'ASSOCIATION

Nom statutaire (nom sous lequel l'organisme a été déclaré en préfecture) :		
Sigle ou nom usuel (si différe	nt du nom statutaire) :	
Objet de l'organisme :		
Advance du nième conint.		
Adresse du siège social :		
Code postal :	Commune :	
Téléphone :	Adresse mail :	
Déclaration en Préfecture : L	e à	
N° SIRET :	N° de récépissé	
Union(s), fédération(s) ou rés (indiquer le nom complet, ne pa	seaux d'affiliation de votre organisme	
(marquet te trom complet, the pa	ao aumoor de digroy :	
Date de publication de la créat	ion au Journal Officiel :	

II. LE REPRESENTANT DE L'ASSOCIATION

Nom :		Prénom :	
Fonction :			
Adresse de correspond	lance si différente du sié	ège social :	
Code postal :	Commune :		
Téléphone :	Adresse mail :		
Identification de la pers	_	e r de subvention (si différen	t du représentant de l'association)
Noili .		Frenom.	
Fonction :			
Téléphone :	Adresse mail :		
IV. <u>RENSEIGNE</u>	MENTS ADMINIST	RATIFS ET JURIDIO	<u>QUES</u>
Votre organisme dispose	-t-il d'agrément(s) adminis		
Non 🔲 Ou	ıi Si oui, précisez le o	u lesquels :	
Type d'agrément/label :		Attribué par :	En date du :
- Votre organisme	est-il reconnu d'utilité pub	olique? Oui 🗌 nor	
- Votre organisme	dispose-t-il d'un commiss	aire aux comptes ? Non	Oui 🔲

V. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES MOYENS HUMAINS

Si vous êtes une association sportive, veuillez remplir le document intitulé **Annexe « sports »**. Nombre d'adhérents de l'organisme : (à jour de la cotisation statutaire au 31 décembre de l'année écoulée) Moyens humains de l'organisme Total du nombre d'heures Nombre par année Bénévoles (personne contribuant régulièrement à l'activité de votre organisme de manière non rémunérée) : Stagiaires non rémunérés Total du nombre d'heures non rémunérées h Total du nombre d'heures Nombre par année Stagiaires rémunérés h Salariés h

Total du nombre d'heures rémunérées

Total des salaires annuels bruts :