



# Bulletin d'adhésion APAMeF 2026

**PRIÈRE DE REMPLIR CE BULLETIN EN MAJUSCULE – MERCI**

Nom de naissance : ..... Prénom : .....

Nom d'usage : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

Quel est votre statut ? Merci de cocher la case concernée

A.M = Assistant Maternel

A.F = Assistant Familial

COTISATION APAMeF	<b>OBLIGATOIRE</b>	42 €
PROTECTION JURIDIQUE	<b>OBLIGATOIRE</b> (prélevée par AXA)	108 € (ou 9 € par mois)
RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE	OPTIONNELLE (prélevée par AXA)	130 € (ou mensuellement)

Adresser ce bulletin : par mail à [adhesion@apamef.org](mailto:adhesion@apamef.org) impérativement en format PDF

Accompagné de : **La copie de votre agrément en cours de validité,**

**La fiche « bon pour accord » complétée, datée et signée, destinée à AXA**

**La copie de votre carte nationale d'identité**

**Le Relevé d'Identité Bancaire (destiné à AXA pour le ou les prélèvements)**

**Règlement de 42€ à APAMeF correspondant à la cotisation annuelle par virement.**

**Règlement :** nom de la banque .....

Virement numéro : ..... à l'ordre d'APAMeF.

**Joindre une capture d'écran si pas de numéro de virement.**

**IBAN : FR04 3000 2028 4200 0007 3652 V76**

**Sans retour du service « adhésion » sous 8 jours, veuillez nous contacter à [adhesion@apamef.org](mailto:adhesion@apamef.org)**

Fait à ..... le.....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

*L'exploitation et l'utilisation de ces données sont de la seule responsabilité de l'APAMeF. Conformément à la loi Informatique & libertés du 06/01/1978, les informations recueillies sur ce formulaire peuvent donner lieu à l'exercice d'un droit d'accès auprès de l'APAMeF.*