



Concours Asso'de Coeur 2025

Formulaire de participation



SANTÉ



SOLIDARITÉ



DÉVELOPPEMENT
DURABLE

VOTRE PROJET ASSOCIATIF

Nous vous remercions de bien vouloir renseigner ce document le plus précisément possible.

Pour chaque question complétée, le justificatif devra être joint.

Il devra être paraphé et signé par le Président de l'association.

Le formulaire est à retourner en version électronique par mail à assodecoeur@mbamutuelle.com

Il vous est possible, si vous le souhaitez, de déposer une version papier dans votre agence MBA Mutuelle la plus proche.



Votre association :

DÉNOMINATION DE L'ASSOCIATION* :

Prénom — NOM du président * :

Adresse postale de l'association * :

Adresse e-mail de l'association * :

Téléphone de l'association * :

Votre agence MBA Mutuelle de rattachement (Agence la plus proche) :

Un membre de votre association est-il adhérent à MBA Mutuelle ? OUI NON

Votre association a-t-elle participé au concours lors d'une édition précédente ? OUI NON

Votre association a-t-elle été lauréate d'une édition précédente ? OUI NON

Si oui, en quelle année ?

J'accepte d'être contacté(e) par un conseiller sur les produits et services proposés par M.B.A Mutuelle ⁽¹⁾.

Dans quelle catégorie s'inscrit votre projet ?

Ce concours concerne uniquement les projets soutenant un objectif collectif, à l'exclusion de tout projet ayant pour objet exclusif d'accompagner, d'aider ou apporter une aide financière ou matérielle à une seule personne physique ou à une famille déterminée.



Santé



Solidarité



Développement durable

VOTRE PROJET ASSOCIATIF



Renseignements administratifs et financiers :

Budget de l'association :

Nombre de salariés :

Nombre de bénévoles :

Votre association est-elle :

locale ?

départementale ou régionale ?

Sont exclues du présent concours les associations nationales ainsi que les associations organisées en réseau et présentes sur l'ensemble du territoire national.



Présentation de votre projet (son objet/sa mission, les objectifs attendus) : (800 caractères maximum)

VOTRE PROJET ASSOCIATIF



Description de votre projet (période de réalisation, partenaires, public bénéficiaire, moyens mis en œuvre) / valoriser les éléments concrets :
(800 caractères maximum)

À JOINDRE AU FORMULAIRE

- Copie de l'inscription de l'association au Registre National des Associations (RNA) ou répertoire SIRENE
- RIB

Si je suis une association lauréate, je m'engage à adresser à la Mutuelle organisatrice le cerfa n° 11580*03 dûment complété et signé correspondant aux sommes gagnées, au moment du versement.

Signature du Président de l'Association :

(1) Je peux retirer mon consentement à tout moment en adressant un courrier postal ou un courriel au Délégué à la Protection des Données de M.B.A Mutuelle, un justificatif de mon identité pourra m'être demandé le cas échéant. Ce retrait ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait. Conformément à l'article L.223-2 du code de la consommation, vous disposez du droit à vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique auprès de l'organisme BLOCTEL.

Extrait de règlement : Le concours est réservé aux associations à but non lucratif régies par la loi du 1er juillet 1901. Les associations concourant doivent avoir leur siège social et exercer des activités en France, ainsi qu'être indépendantes de tout parti politique, tout organisme financier et ne présenter aucune appartenance confessionnelle. Sont exclues du présent concours les associations nationales ainsi que les associations organisées en réseau et présentes sur l'ensemble du territoire national. Sont également exclues du présent concours toutes les associations dont serait membre un salarié de la mutuelle organisatrice et /ou des membres de sa famille. Le règlement est adressé, à titre gratuit, à toute personne qui en fait la demande, sur simple demande auprès de M.B.A Mutuelle. La société organisatrice s'engage à rembourser le timbre au tarif lent en vigueur de la demande de communication du règlement en écrivant à M.B.A Mutuelle, 62, Boulevard Jean Mermoz CS 90739 35207 RENNES CEDEX 2

* Les données collectées sont obligatoires pour participer au Concours.

M.B.A Mutuelle est sensible à la protection des données personnelles et s'engage au respect des dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données et de la Loi Informatique et Liberté.

A ce titre, les données collectées ont pour finalité la gestion et l'exécution du concours et le respect de la réglementation.

Le responsable de traitement de M.B.A Mutuelle est le Directeur Général. Il peut être contacté, pour l'exercice du droit lié aux données à caractère personnel (accès, rectification ou effacement, limitation, opposition, portabilité) selon les modalités suivantes :

- Par courrier postal à l'adresse suivante : M.B.A Mutuelle, 62, Boulevard Jean Mermoz CS 90739 35207 RENNES CEDEX 2.

- Par courriel : dpo@mbamutuelle.com

M.B.A Mutuelle apporte la plus grande attention à la protection des données personnelles. Si le participant considère que le traitement des données le concernant porte atteinte à ses droits, il dispose de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL :

- Par courrier postal : CNIL, 3 Place de Fontenoy, TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07

- Par internet : <https://www.cnil.fr/fr/plaintes>

Pour en savoir plus sur la politique de protection des données à caractère personnel de M.B.A Mutuelle, des explications complémentaires sont disponibles sur le site internet de M.B.A Mutuelle : www.mbamutuelle.com

M.B.A Mutuelle, mutuelle soumise au livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous les numéros 777 749 409. Siège social: 62, Boulevard Jean Mermoz CS 90739 35207 RENNES CEDEX 2

Crédit photo : image utilisée avec l'autorisation de licence de Shutterstock.com