



Convention d'accès à l'espace sécurisé Mon Compte Partenaire

☐ CDAP

☐ Aides financières d'action sociale



Raison sociale :
Numéro de Siret :
Adresse du siège :

Représentant légal de l'organisme (signataire de la convention)

Nom : Prénom :
Fonction :
Mail : Téléphone :

? Interlocuteurs partenaire ? Administrateur

Nom :
Prénom :
Fonction :
Mail :
Téléphone :

Administrateur suppléant

Nom :
Prénom :
Fonction :
Mail :
Téléphone :

? Responsable sécurités informatiques

Nom :
Prénom :
Fonction :
Mail :
Téléphone :

Référent informatique et libertés

Nom :
Prénom :
Fonction :
Mail :
Téléphone :

? Gestionnaire d'habilitations

Nom :
Prénom :
Fonction :
Mail :
Téléphone :

Gestionnaire d'habilitations suppléant

Nom :
Prénom :
Fonction :
Mail :
Téléphone :

? Type de partenaire cocher la ou les case(s) correspondante(s)

☐ ACC - partenaire accès aux droits et accompagnement social
☐ COT - collectivités territoriales
☐ ENF - partenaire du domaine de l'enfance et de la famille
☐ HAN - partenaire intervenant dans le domaine du handicap
☐ INS - partenaire de l'insertion

☐ LOG - partenaire logement
☐ REC - partenaire DGFIP
☐ RSA - partenaire RSA
☐ TUT - tuteurs et partenaires chargés de missions de protection judiciaire

Informations complémentaires pour Consultation des Données Allocataires par les Partenaires

• Etes-vous autorisé à consulter des données allocataires d'autres départements ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, merci de préciser le ou les départements concernés :

Nombre d'utilisateurs à habilitier

• Souhaitez-vous avoir accès à de nouveaux départements ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, merci de préciser le ou les départements concernés :

Profil(s) demandé(s)

• Vous souhaitez obtenir des accès à ces départements pour quelles missions ou activités ?

Informations complémentaires pour Aides Financières d'Action Sociale

• Etes-vous financé par une ou plusieurs Caf ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, merci de préciser le ou les départements concernés :

Nombre d'utilisateurs à habilitier