



Formulaire d'éligibilité à l'espace sécurisé Mon Compte Partenaire

☐ CDAP

ADONIS

☐ AFAS



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 Nombre d'utilisateurs à habilitier
Si oui, merci de préciser le ou les départements concernés :
- Souhaitez-vous avoir accès à de nouveaux départements ? ☐ OUI ☐ NON Profil(s) demandé(s)
Si oui, merci de préciser le ou les départements concernés :
- Pour quelle(s) raison(s) souhaitez-vous obtenir des accès à ces départements (mission et périmètre) ?

Informations complémentaires pour Afas/Adonis

- Etes-vous financé par une ou plusieurs Caf ? ☐ OUI ☐ NON Nombre d'utilisateurs à habilitier
Si oui, merci de préciser le ou les départements concernés :