



# 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   
*Si oui, merci de préciser le ou les départements concernés :*
- Souhaitez-vous avoir accès à de nouveaux départements ?  OUI  NON   
*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   
*Si oui, merci de préciser le ou les départements concernés :*