



## FORMULAIRE DE DEMANDE DE SUBVENTION RELATIVE A LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

### DOSSIER À REMPLIR INFORMATIQUEMENT A L'AIDE DE ADOBE ACROBAT

(les dossiers manuscrits ne seront pas étudiés)

Date de la demande :

### IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Association gestionnaire : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

N° SIRET : \_\_\_\_\_ Nombre d'établissements : \_\_\_\_\_

Effectifs de l'association : \_\_\_\_\_

Effectifs concernés par l'intervention: \_\_\_\_\_ % de l'effectif total : \_\_\_\_\_

Personne à contacter : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Syndicat employeur : \_\_\_\_\_

### ORGANISME ASSUREUR DE L'ASSOCIATION (COCHER LA CASE)

- AG2R PREVOYANCE
- APICIL PREVOYANCE
- MALAKOFF MEDERIC  
MUTEX-CHORUM  
HUMANIS PREVOYANCE

Depuis combien de temps : \_\_\_\_\_

### AVIS DES REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL (COCHER LA CASE)

- Comité d'entreprise
- CHSCT
- Délégués du personnel (à défaut de CE et de CHSCT)  
Délégation Unique du Personnel (DUP)

Joindre un Procès-verbal de l'instance ayant validé l'action.

En l'absence d'institutions représentatives du personnel, l'employeur adresse seul sa demande, accompagnée d'une copie du procès verbal de carence des dernières élections si les effectifs de l'association le justifient.

## **CONTEXTE GÉNÉRAL DE LA DEMANDE DE FINANCEMENT**

---

*(Enjeux pour l'association et les salariés, demandes éventuelles des financeurs)*

---

## **IDENTIFICATION DU CABINET DE CONSEIL, D'AUDIT OU DE FORMATION AUQUEL L'ASSOCIATION SOUHAITE FAIRE APPEL**

---

Raison sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Personne à contacter : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Présentation synthétique de l'organisme :

---

## **DESCRIPTIF SYNTHÉTIQUE DE L'ACTION À ENTREPRENDRE**

---

Effectifs concernés par l'action : \_\_\_\_\_

## BUDGET DÉTAILLÉ ET CO-FINANCEMENT MIS EN ŒUVRE

---

Facture prévisionnelle : \_\_\_\_\_

Nombre de jours : \_\_\_\_\_

---

### CALENDRIER PRÉVISIONNEL DE L'ACTION :

---

Date de démarrage de l'action : \_\_\_\_\_

Dates des principales étapes de l'action : \_\_\_\_\_

Date prévisionnelle de fin de l'action : \_\_\_\_\_

2 ans    3 ans    4 ans    5 ans

### MONTANT DE LA SUBVENTION DEMANDÉE :

---

---

### BILAN DE L'ASSOCIATION AUPRÈS DE LA CNPTP :

---

En contrepartie du financement accordé, l'association s'engage à effectuer auprès de la CNPTP un bilan des actions ainsi financées, dans l'année qui suit leur achèvement.

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

---

### PIÈCES À JOINDRE :

---

- Le cahier des charges tel qu'il a été établi par l'Association
- La proposition du cabinet de conseil, d'audit ou de formation
- Le devis de l'action proposée
- L'extrait de Procès-verbal de l'instance ayant validé l'action
- Les justificatifs des autres sources de financement (les demandes et les éventuelles confirmations)
- Tout autre document susceptible d'éclairer la Commission paritaire

---

### ADRESSEZ VOTRE DOSSIER AU SECRETARIAT DE LA CNPTP :

---

**Secrétaire de la CNPTP**  
**C/O NEXEM**  
**3 rue au Maire**  
**75003 PARIS**

Vous pouvez obtenir des informations  
complémentaires en vous adressant au secrétariat  
de la CNPTP :  
secretariat@cnntp-ccnt66.fr

**CADRE RÉSERVÉ**  
**À LA COMMISSION NATIONALE PARITAIRE TECHNIQUE DE PRÉVOYANCE (CNPTP)**

Date de réception :

Numéro d'ordre :

Décision de la Commission :

---

---

---

---

- Critère taille de l'association
- Critère effectif concerné
- Critère ancienneté mutualisation
- Action pluriannuelle

Modalités de versement de la subvention : *70% à réception de facture, 30% à réception du bilan*

---

---

M : \_\_\_\_\_

M : \_\_\_\_\_

Qualité : Président de la CNPTP

Qualité : Trésorier de la CNPTP

Signature :

Signature :