

Réservé au Conseil régional :

Code du dossier : |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |\_|\_|

Date de la demande : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|  
(dossier complet)

Inscription : session du |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

**CONSEIL REGIONAL OCCITANIE**  
« Le Belvédère » 11 bd des Récollets – 31078 TOULOUSE CEDEX 4

## DEMANDE D'INSCRIPTION SECONDAIRE AU TABLEAU DE L'ORDRE

### QUESTIONNAIRE PERSONNE MORALE

#### **I. CARACTERISTIQUES DE L'ASSOCIATION**

**DENOMINATION SOCIALE :**

.....  
.....  
.....

**SIGLE<sup>1</sup> :** .....

**NOM REDUIT<sup>2</sup> :**  
.....  
.....

**OBJET DE L'ASSOCIATION :**

(à préciser) : .....

**FORME DE L'ASSOCIATION :**

(à préciser) : .....

<sup>1</sup> Sigle mentionné dans les statuts uniquement

<sup>2</sup> A indiquer par le responsable ordinal . Ce nom correspond aux normes de la Poste (64 caractères maximum).

**ORGANISATION GENERALE DE L'ASSOCIATION**

(siège social et bureaux secondaires inscrits ou non inscrits au Tableau de l'Ordre)

**1. Siège social**

ADRESSE :

.....  
.....  
.....  
.....

CODE POSTAL : .....

VILLE : .....

TÉL. : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| FAX : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

ADRESSE ELECTRONIQUE (E-MAIL) :

.....

SIREN/SIRET : |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|

**Responsable ordinal** : .....

Inscrit à titre principal au Tableau de l'Ordre de : .....

**Organigramme du siège social (effectif par catégorie suivant la convention collective)**

Personnel comptable

▪

Personnel administratif

▪

Personnel informatique

▪

TOTAL \_\_\_\_\_  
.....

**2. Bureaux secondaires inscrits ou non inscrits à la date de la demande**  
(autres que celui pour lequel l'inscription est demandée)

• **1<sup>er</sup> Bureau :**

Adresse : .....

.....

N° de Téléphone : ..... N° de Fax : .....

Inscrit au Tableau de l'Ordre de : .....

Non-inscrit

**Responsable ordinal :**

Nom : .....

Adresse professionnelle : .....

.....

Inscrit au Tableau de l'Ordre de : .....

**Organigramme (effectif par catégorie suivant la convention collective)**

Personnel comptable .....

Personnel administratif .....

Personnel informatique .....

TOTAL .....

• **2<sup>ème</sup> Bureau :**

Adresse : .....

.....

N° de Téléphone : ..... N° de Fax : .....

Inscrit au Tableau de l'Ordre de : .....

Non-inscrit

**Responsable ordinal :**

Nom : .....

Adresse professionnelle : .....

.....

Inscrit au Tableau de l'Ordre de : .....

**Organigramme (effectif par catégorie suivant la convention collective)**

Personnel comptable .....

Personnel administratif .....

Personnel informatique .....

TOTAL .....

**II. BUREAU SECONDAIRE POUR LEQUEL L'INSCRIPTION EST DEMANDEE**

---

**1. ADRESSE**

.....  
.....  
.....  
.....

CODE POSTAL : .....

VILLE : .....

TÉL. : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| FAX : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

ADRESSE ELECTRONIQUE (E-MAIL) :

.....

SIREN/SIRET : |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|

**2. RESPONSABLE ORDINAL DE CE BUREAU :**

TITRE :         Monsieur             Madame             Mademoiselle

NOM PATRONYMIQUE :

.....

NOM MARITAL (pour les femmes mariées) :

.....

NOM USUEL :

.....

PRENOMS :

.....

**NAISSANCE**

DATE : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

VILLE : .....

DEPARTEMENT: |\_|\_|

PAYS : .....

Inscrit à titre principal au Tableau de la région de : .....

Qualité au sein de l'Association :     associé             salarié

Fonctions exercées au sein de l'Association : .....

**3. ORGANIGRAMME DE CE BUREAU :**

NOM DES SALARIES	FONCTION <sup>3</sup>	QUALIFICATION (Réf. Convention collective)

**4. Jours et heures d'ouverture et de réception de la clientèle :**

Le ..... de ..... à.....  
 Le ..... de ..... à.....  
 Le ..... de ..... à.....  
 Le ..... de ..... à.....  
 Le ..... de ..... à.....  
 Le ..... de ..... à.....

**5. Description de la procédure de direction et de surveillance par le responsable ordinal**

Recrutement (qui recrute ?)

.....

Gestion financière et comptable (par qui est-elle assurée ?)

.....

Visa des travaux exécutés par les collaborateurs (qui vise ?)

.....

<sup>3</sup> Assistant – Secrétaire – Informaticien .....

**6. Nombre de dossiers suivis par le bureau secondaire**

- Missions de tenue complète : .....
- Missions d'établissement des comptes annuels : .....
- Missions de révision comptable : .....
- Autres missions (à préciser ci-dessous) : .....

TOTAL .....

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**7. Mention de l'existence du ou des bureaux secondaires (inscrits ou non inscrits au Tableau de l'Ordre) dans les polices d'assurance Responsabilité Civile Professionnelle :**

OUI

NON

**8. Dans quelle(s) autre(s) région(s) l'Association est-elle déjà inscrite ?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> AMIENS (01)                   | <input type="checkbox"/> MARTINIQUE (22)              |
| <input type="checkbox"/> AQUITAINE (03)                | <input type="checkbox"/> MONTPELLIER (11)             |
| <input type="checkbox"/> AUVERGNE (05)                 | <input type="checkbox"/> ORLÉANS (13)                 |
| <input type="checkbox"/> BOURGOGNE FRANCHE COMTE (06)  | <input type="checkbox"/> PARIS ILE DE FRANCE (14)     |
| <input type="checkbox"/> BRETAGNE (16)                 | <input type="checkbox"/> PAYS DE LOIRE (02)           |
| <input type="checkbox"/> CHAMPAGNE (04)                | <input type="checkbox"/> POITOU CHARENTES VENDÉE (15) |
| <input type="checkbox"/> GUADELOUPE (20)               | <input type="checkbox"/> RÉUNION (23)                 |
| <input type="checkbox"/> GUYANE (21)                   | <input type="checkbox"/> RHÔNE ALPES (09)             |
| <input type="checkbox"/> LILLE NORD PAS DE CALAIS (07) | <input type="checkbox"/> ROUEN NORMANDIE (17)         |
| <input type="checkbox"/> LIMOGES (08)                  | <input type="checkbox"/> STRASBOURG / ALSACE (18)     |
| <input type="checkbox"/> LORRAINE (12)                 | <input type="checkbox"/> TOULOUSE MIDI PYRÉNÉES (19)  |
| <input type="checkbox"/> MARSEILLE PACAC (10)          |   |

**Date de la première inscription au Tableau de l'Ordre :**

Je certifie sincères et véritables les informations contenues dans le présent questionnaire.

Je m'engage à faire connaître au Conseil régional, dans un délai maximum d'un mois à compter de sa survenance, tout changement relatif à la situation de l'Association, en joignant copie certifiée conforme des documents sociaux le mentionnant.

Fait à : .....

Le .....

*NOM, Prénom, Qualité*  
*Signature*

*(Faire précéder la signature de la mention manuscrite « certifié exact »)*

#### **LISTE DES PIECES A RETOURNER AVEC LE QUESTIONNAIRE**

1. Copie des statuts de l'Association
2. Engagement de responsabilité ordinale (Annexe n°1)
3. Attestation justifiant de la souscription à une assurance de responsabilité civile professionnelle auprès d'une compagnie de votre choix couvrant les activités du bureau secondaire dont l'inscription est demandée