|  |
| --- |
| **Nom de votre association :** |
| **Coordonnées** : adresse, Téléphone : . . . . . . . . . . . . . . . . . . Mail : . . . . . . . . . @ . . . . .Agrément : National Régional n° de L’agrément : . . . . . . . .  |
| Quel est le champ d’action couvert par votre association ?. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  |
| Votre association appartient-elle à un collectif régional ou à une fédération régionale ? Oui Non Si oui, précisez……. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  |
| Votre association est-elle impliquée dans une démarche de santé sur le territoire ?Oui Non Si oui, précisez. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  |
| Est proposé en tant que membre TITULAIRE pour siéger :Civilité, prénom et nom : …………………………….. Activité :Coordonnées : adresses postale, mail et téléphone :………………………… |
| Est proposé en tant que membre SUPPLEANT pour siéger :Civilité, prénom et nom : …………………………….. Activité :Coordonnées : adresses postale, mail et téléphone :………………………… |