|  |
| --- |
| **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 :………………………… |