



## Carte d'identité d'adhérent Collège 2

**Collège 2** : les professionnels de la santé et du social, de la relation d'aide et du développement personnel adhérant à titre individuel et exerçant sur le Loiret

---

**Nom :**

**Prénom :**

**Profession :**

**Site professionnel (éventuellement) :**

Ces informations seront disponibles sur le site internet : [www.reseauloiretsante.org](http://www.reseauloiretsante.org) , sauf demande contraire de votre part.  
J'accepte que ces informations soient publiées  - je ne souhaite pas que ces informations soient publiées

---

**Informations non communicables sur le site Internet :**

**Structure** (nom + domaine d'activité) :

merci de nous fournir votre CV

**Quelles sont vos attentes vis-à-vis du RLS, en terme de besoins ? :**

- Local, accueil, information :
- Gestion administrative :
- Formation professionnelle, échanges :
- Autres :

**Quelles sont vos propositions vis-à-vis du RLS, en terme de mutualisation ? :**

- Local, accueil, information :
- Gestion administrative :
- Formation professionnelle, échanges :
- Autres :

---

Conformément à l'article 27 de la Loi n°78 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous avez un droit de rectification ou d'annulation des informations vous concernant. Toute demande doit être adressée au secrétariat de l'association.

Je, soussigné, certifie exactes les informations ci-dessus

**Date et Signature :**



## Carte d'identité d'adhérent Collège 1 – 3 - 4

**Collège 1** : les associations et réseaux de santé dont les objectifs sont entièrement inclus dans ceux des présents statuts et dont le champ d'action ne dépasse pas le territoire de santé du Loiret

**Collège 3** : les associations et réseaux de santé dont les objectifs sont entièrement inclus dans ceux des présents statuts et dont le champ d'action dépasse le territoire de santé du Loiret

**Collège 4** : les associations dont les objectifs ne se recoupent que partiellement avec ceux des présents statuts : ce sont les associations partenaires du réseau

---

Collège :

**Nom du réseau ou de l'association** :

**Objet** (joindre les statuts)

**Site Internet** (éventuellement) :

Ces informations seront disponibles sur le site internet : [www.reseau Loiret sante.org](http://www.reseau Loiret sante.org) , sauf demande contraire de votre part.  
J'accepte que ces informations soient publiées  - je ne souhaite pas que ces informations soient publiées

---

**Informations non communicables sur le site Internet** :

**Responsable ou représentant (Fonction, Nom, Prénom, coordonnées)** :

**Quelles sont vos attentes vis-à-vis du RLS, en terme de besoins ? :**

- Local, accueil, information :
- Gestion administrative :
- Formation professionnelle, échanges :
- Autres :

**Quelles sont vos propositions vis-à-vis du RLS, en terme de mutualisation ? :**

- Local, accueil, information :
- Gestion administrative :
- Formation professionnelle, échanges :
- Autres :

---

Conformément à l'article 27 de la Loi n°78 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous avez un droit de rectification ou d'annulation des informations vous concernant. Toute demande doit être adressée au secrétariat de l'association.

Je, soussigné, certifie exactes les informations ci-dessus

**Date et Signature** :