

## FICHE DE CANDIDATURE

**Représentant des usagers des associations agréées au sein de la  
CRSA Pays de la Loire  
(Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie)**

### IDENTITE ET DEPARTEMENT DE DOMICILIATION

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

(information demandée pour identifier le doyen d'âge qui présidera au début de la 1<sup>ère</sup> réunion)

Département de domiciliation :

### CONTACTS

Téléphone (fixe) :

Téléphone (portable) :

Courriel(s) :

### FORMATIONS SUIVIES :

#### 1° Formation de base :

Le candidat a-t-il suivi la formation de base destinée aux représentants des usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique ? (Oui/Non/Formation en cours) :

Si oui, association organisatrice de la formation et dates de la formation :

**2° Principales autres formations suivies en lien avec la fonction de représentants des usagers (titre de la formation, organisateur de la formation et année approximative) :**

**PRINCIPAUX MANDATS DE REPRESENTANTS DES USAGERS actuels et passés :**

**MOTIVATION**

**Pourquoi souhaitez-vous siéger au sein de la CRSA ?**

**NOM DE L'ASSOCIATION AGREEE ou NOM DE L'ASSOCIATION AFFILIEE A UNE ASSOCIATION AGREEE pour représenter les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique dont vous êtes adhérent :**

La présente fiche de candidature, ainsi que l'attestation de validation signée par le(la) président(e) de l'association, doivent être transmises par courriel à l'ARS par le(la) président(e) de votre association à l'adresse suivante :

ars-pdl-instances@ars.sante.fr  
au plus tard le lundi 15 juin 2026