

## FICHE DE CANDIDATURE

**Représentant des associations oeuvrant dans le champ de la lutte contre la précarité 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) :

### PRINCIPAUX MANDATS AU SEIN DES INSTANCES DE DEMOCRATIE PARTICIPATIVE (actuels et passés) :

## **MOTIVATION**

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

**NOM DE L'ASSOCIATION** oeuvrant dans le champ de la lutte contre la précarité :

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