**COMMISSION D’INFORMATION ET DE SÉLECTION D’APPEL À PROJET SOCIAL OU MÉDICO-SOCIAL RELEVANT DE LA COMPÉTENCE EXCLUSIVE DU CONSEIL DEPARTEMENTAL (AIDE SOCIALE A L’ENFANCE, PERSONNES AGEES, PERSONNES HANDICAPEES)**

**Fiche de candidature (Avis d’appel à candidature pour la désignation du représentant d’associations de personnes ou familles en difficultés sociales)**

**Identification de l’association :**

Association : ……………………………………………………………………………………………….

Siège social (adresse) : ……………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………

Numéro de téléphone : …...………………………………………………………………………………...

Président(e) :………………………………………………………………………………………………..

**Identité et coordonnées du membre titulaire proposé :**

Nom : ………………………………………………………………………………………………………

Prénom : ……………………………………………………………………………………………………

Fonction de la personne dans l’association : ……………………………………………………………….

Courriel : ………………………………………………………………………………………………...…

Numéro de téléphone : ………………………………………………………………………………...…...

**Identité et coordonnées du membre suppléant proposé :**

Nom : ………………………………………………………………………………………………………

Prénom : ……………………………………………………………………………………………………

Fonction de la personne dans l’association : ……………………………………………………………….

Courriel : ………………………………………………………………………………………………...…

Numéro de téléphone : ………………………………………………………………………………...…...