

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

Remplacement d'un membre du Conseil d'Administration

Formulaire de candidature

1. L'association

Type d'association : Association de personnes handicapées

Nom de l'association :

Adresse du siège :

Téléphone :

Descriptif de l'association (publics, actions menées...) :

.....

.....

.....

.....

2. Liste complète des candidats

Candidat n° 1 :

Nom : Prénom : Téléphone :

Adresse postale :

Candidat n° 2 :

Nom : Prénom : Téléphone :

Adresse postale :

Candidat n° 3 :

Nom : Prénom : Téléphone :

Adresse postale :

Motif de présentation d'une liste incomplète :

.....

.....

Le déposant (nom, prénom, qualité) :

Signature du déposant :