

Les champs suivis d'un astérisque ( \* ) sont obligatoires.

Votre dossier est enregistré automatiquement après chaque modification. Vous pouvez à tout moment fermer la fenêtre et reprendre plus tard là où vous en étiez.

[Guide de la démarche](#) ↗

---

## 1. ASSOCIATION

**Nom de l'association : \***

(en toutes lettres)

Nom de l'association :

**Adresse de l'association : \***

**Adresse mail de l'association : \***

Adresse mail de l'association :

**Téléphone de l'association : \***

Téléphone de l'association :

**Nom et prénom du Président de l'association ou de son représentant : \***

Nom et prénom du Président de l'association ou de son représentant :

**Intérêts défendus par l'association : \***

**Nom et prénom de la personne qui complète ce formulaire \***

Nom et prénom de la personne qui complète ce formulaire

**Fonction au sein de l'association \***

Fonction au sein de l'association

## **2. Association agréée au titre de l'article L.1114-1 du code de la santé publique :**

**Pour rappel, seules les associations agréées en santé peuvent représenter les usagers. Aussi l'ensemble des informations demandées ci-dessous doivent être complétées afin de pouvoir étudier la recevabilité de votre demande. Merci de vérifier votre numéro d'agrément sur le site : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/associations-d-usagers-du-systeme-de-sante-agreees>**

**Niveau de l'agrément : \***

Agrément au niveau national

Agrément au niveau régional

**N° agrément : \***

Format : -/---/--/---- (cf. notice explicative)

N° agrément :

**Date de fin de validité : \***

Format : JJ/MM/AAAA

Date de fin de validité :

### 3. Candidat proposé par l'association

**Civilité : \***

Sélectionnez une des valeurs

Madame

Monsieur

**Nom du candidat : \***

Nom du candidat :

**Prénom du candidat : \***

Prénom du candidat :

**Adresse du candidat \***

**Téléphone du candidat : \***

**Email du candidat : \***

**Profession ou ancienne profession \***

**Fonction dans l'association \***

**Le candidat exerce / a exercé un mandat de représentant des usagers au sein des instances suivantes :**

**• Commission des usagers : \***

 Oui Non

**Si oui dans quel(s) établissement(s) :**

Si votre candidat a été RU au sein de plusieurs CDU, veuillez cliquer sur "ajouter un élément" pour préciser dans quels établissements.

### Département

### Etablissement

Supprimer l'élément

Ajouter un élément pour « Si oui dans quel(s) établissement(s) : »

### Commentaire éventuel

Commentaire éventuel

### • Conseil de surveillance : \*

Oui

Non

### Si oui dans quel(s) établissement(s) :

Si votre candidat est RU au sein de plusieurs conseils de surveillance, veuillez cliquer sur "ajouter un élément" pour préciser dans quels établissements.

### Département

## Etablissement

Supprimer l'élément

Ajouter un élément pour « Si oui dans quel(s) établissement(s) : »

## Commentaire éventuel

Commentaire éventuel

### • Conseil territorial de santé : \*

Oui

Non

### Si oui dans quelle(s) circonscription(s) :

### • CRSA : \*

Oui

Non

### Si oui dans quelle(s) commission(s) :

Si oui dans quelle(s) commission(s) :

**Le candidat a-t-il bénéficié d'une formation de base de représentant des usagers au titre de l'article L.1114-1 du CSP et de l'arrêté du 8 juillet 2021 ?**

\*

Oui (joindre copie attestation ci-dessous)

Non (formation obligatoire dans un délai de 6 mois à compter de la date de prise de fonction (cf. arrêté du 8 juillet 2021).

**Copie de l'attestation de la formation de base**

Si disponible au moment de la candidature

[Parcourir...](#) Aucun fichier sélectionné.

**Le candidat a-t-il bénéficié d'une autre formation ? si oui, la ou lesquelles ?**

Le candidat a-t-il bénéficié d'une autre formation ? si oui, la ou lesquelles ?

**Motivation de la candidature : \***

**Accord du candidat \***

Veillez télécharger, remplir et joindre [le modèle suivant](#) ↗

[Parcourir...](#) Aucun fichier sélectionné.

## 4. Etablissement dans lequel l'association propose le candidat

---

### Etablissement

Si votre candidat est proposé pour plusieurs établissements , veuillez cliquer sur "ajouter un élément" pour préciser dans quels établissements.

**Département \***

**Etablissement \***

**Type de siège souhaité - 1er choix : \***

Titulaire

Suppléant

**Type de siège souhaité - 2ème choix :**

Titulaire

Suppléant

*Non renseigné*


Supprimer l'élément

Ajouter un élément pour « Etablissement »

En cochant cette case, le président de l'association ou son représentant



**certifie l'exactitude des éléments déclarés dans ce formulaire. \***

Votre brouillon est automatiquement enregistré. [En savoir plus](#) 

[Déposer le dossier](#)