

Je soussigné(e) :

demande mon adhésion (personne physique) à la Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé Centre-Val de Loire pour l’année 2024 et certifie :

* Être domicilié(e) en Région Centre-Val de Loire,
* M’engager à payer la cotisation individuelle annuelle de 20 €.

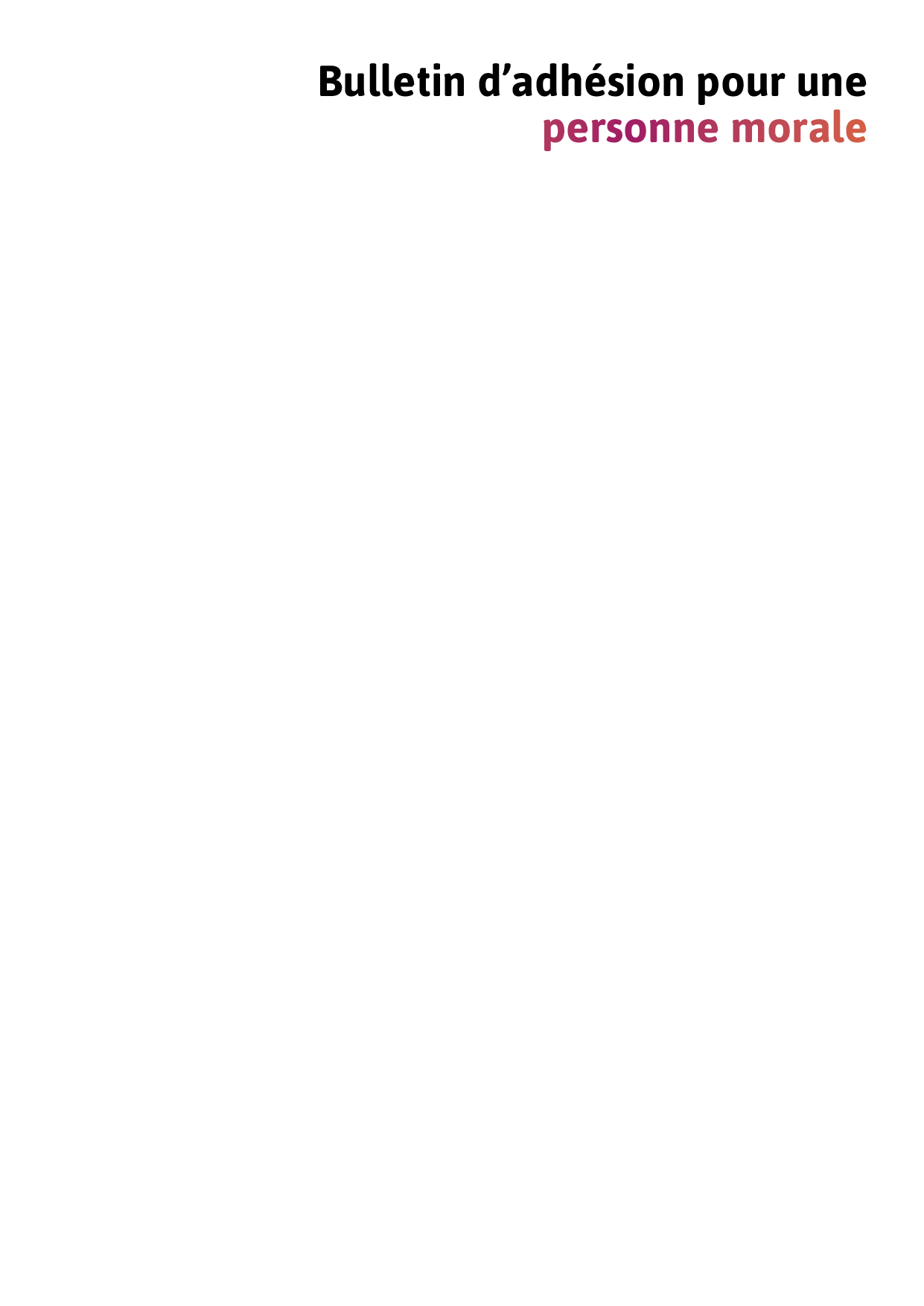
|  |  |
| --- | --- |
| Date | Signature et tampon |
|  |  |

**IMPORTANT** : merci de **compléter le formulaire** ci-dessous ou de le **rectifier** si les renseignements sont erronés.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Civilité (*Monsieur,Madame, Docteur, Professeur, etc*.) |  | |
| Nom |  | |
| Prénom |  | |
| Adresse |  | |
| Code postal |  | |
| Ville |  | |
| Téléphone / Portable |  |  |
| Courriel |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Votre activité** | |
| Profession |  |
| Raison sociale (*la vôtre ou celle de votre employeur*) |  |
| Adresse |  |
| Complément d’adresse |  |
| Code postal |  |
| Ville |  |
| SIRET |  |
| NAF/APE |  |
| Téléphone |  |
| Courriel |  |
| Site Internet |  |

Les données recueillies nous permettent de traiter vos demandes et de gérer nos échanges. Vous disposez d’un droit d’accès, de rectification et de suppression, en vertu du Règlement européen sur la protection des données personnelles (RGPD) en vigueur depuis le 25/05/2018. Ces démarches s’effectuent auprès de [contact@frapscentre.org](mailto:contact@frapscentre.org).



Je soussigné(e) :

représentant légal dûment mandaté, demande l’adhésion de la personne morale ci-dessous à la Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé Centre-Val de Loire pour l'année 2024 et certifie :

* Avoir une représentation dans le territoire de la région Centre Val de Loire,
* M’engager à payer la cotisation individuelle annuelle de 50 €.

|  |  |
| --- | --- |
| Date | Signature et tampon |
|  |  |

**IMPORTANT** : merci de **compléter le formulaire** **(sur 2 pages)** ou de le **rectifier** si les renseignements sont erronés.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nature juridique (*association, établissement public, etc.)* |  | |
| Raison sociale (nom complet) |  | |
| Sigle usité |  | |
| Adresse du siège social |  | |
| Complément d’adresse |  | |
| Code postal |  | |
| Ville |  | |
| SIRET |  | |
| NAF / APE |  | |
| Téléphone / Télécopie |  |  |
| Courriel |  | |
| Site Internet |  | |

Raison sociale :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Représentant légal** | | |
| Civilité  (*M, Mme, Dr, Pr, etc.*) |  | |
| Nom |  | |
| Prénom |  | |
| Fonction |  | |
| **Si les coordonnées sont différentes du siège social** | | |
| Adresse |  | |
| Complément d’adresse |  | |
| Code postal |  | |
| Ville |  | |
| Téléphone / Portable |  |  |
| Courriel |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personne physique mandatée pour la représenter à la Fraps (autre que le représentant légal)** | | |
| Civilité  (*M, Mme, Dr, Pr, etc.*) |  | |
| Nom |  | |
| Prénom |  | |
| Fonction |  | |
| **Si les coordonnées sont différentes du siège social** | | |
| Adresse |  | |
| Complément d’adresse |  | |
| Code postal |  | |
| Ville |  | |
| Téléphone / Portable |  |  |
| Courriel |  | |

Les données recueillies nous permettent de traiter vos demandes et de gérer nos échanges. Vous disposez d’un droit d’accès, de rectification et de suppression, en vertu du Règlement européen sur la protection des données personnelles (RGPD) en vigueur depuis le 25/05/2018. Ces démarches s’effectuent auprès de [contact@frapscentre.org](mailto:contact@frapscentre.org).

J**'atteste avoir pris connaissance** des statuts de la FRAPS et adhère à ces derniers.

[Consulter les statuts](https://frapscentre.org/wp-content/uploads/2021/03/FRAPS-Statuts-2019-1.pdf)

Oui  Non

J**'atteste avoir pris connaissance**de la charte d'Ottawa et adhère à cette dernière.

[Consulter la charte](https://www.frapscentre.org/wp-content/uploads/2012/qui_sommes_nous/CharteOttawa.pdf?_ga=2.152003952.874239197.1713166676-1259113552.1516712066&_gl=1*7dcqnw*_ga*MTI1OTExMzU1Mi4xNTE2NzEyMDY2*_ga_CYL5WHGYLR*MTcxMzI2OTU1Ny40NjQuMS4xNzEzMjY5NTYyLjAuMC4w)

Oui  Non

J'**atteste avoir pris connaissance** de la Charte des promoteurs et des acteurs de projets en éducation pour la santé en Région Centre-Val de Loire et adhère à cette dernière.

[Consulter la charte](https://www.frapscentre.org/wp-content/uploads/2012/qui_sommes_nous/CharteRC.pdf?_ga=2.212323677.874239197.1713166676-1259113552.1516712066&_gl=1*z58u92*_ga*MTI1OTExMzU1Mi4xNTE2NzEyMDY2*_ga_CYL5WHGYLR*MTcxMzI2OTU1Ny40NjQuMS4xNzEzMjY5NTYyLjAuMC4w)

Oui  Non

J'**atteste avoir pris connaissance** du projet associatif de la FRAPS et adhère à ce dernier.

[Consulter le projet](https://www.frapscentre.org/wp-content/uploads/2016/P%C3%B4le/Projet%20Associatif_2016.pdf?_gl=1*pash7m*_ga*MTI1OTExMzU1Mi4xNTE2NzEyMDY2*_ga_CYL5WHGYLR*MTcxMzI2OTU1Ny40NjQuMS4xNzEzMjY5NzM2LjAuMC4w&_ga=2.244713804.874239197.1713166676-1259113552.1516712066)

Oui  Non