



# CARTE D'IDENTITÉ D'ADHÉRENT Collège 1

**Collège 1** : les associations et réseaux de santé dont les objectifs sont entièrement ou partiellement inclus les statuts du RLS

**Nom de l'association ou du réseau :**

**Objet** (joindre les statuts)

**Site Internet** (éventuellement) :

Ces informations seront disponibles sur le site internet : [www.reseau Loiret sante.org](http://www.reseau Loiret sante.org) , sauf demande contraire de votre part. J'accepte que ces informations soient publiées

**Quelles sont vos attentes vis-à-vis du RLS, en termes de besoins ? :**

- Local, accueil, information :
- Gestion administrative :
- Formation professionnelle, échanges :
- Autres :

**Quelles sont vos propositions vis-à-vis du RLS, en termes de mutualisation ? :**

- Local, accueil, information :
- Gestion administrative :
- Formation professionnelle, échanges :
- Autres :

**Je, soussigné, certifie exactes les informations ci-dessus**

**Date et Signature :**