#### FORMULAIRE DE CANDIDATURE

**Comité des personnes concernées**

Département(s) concerné(s) :

[ ]  Ariège (09) ☐ Haute-Garonne (31) [ ]  Lozère (48)

[ ]  Aude (11) [ ]  Gers (32) [ ] Hautes-Pyrénées (65)

[ ]  Aveyron (12) [ ]  Hérault (34) [ ]  Pyrénées-Orientales (66)

[ ]  Gard (30) [ ]  Lot (46) [ ]  Tarn (81)

 [ ]  Tarn et Garonne (82)

**Identification de la candidature :**

Nom : Prénom : Date de naissance :

[ ] Personne en situation de handicap [ ] Aidant/parent d’une personne en situation de handicap

Profession (le cas échéant) :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

- Vos motivations à rejoindre le Comité des personnes concernées :

- Dans le cadre de votre expérience de vie, êtes-vous en capacité d’apporter votre aide à d’autres personnes sur des sujets touchants à la vie intime, affective, sexuelle et à la parentalité ?

[ ] Oui [ ] Non

Si oui, pouvez-vous nous expliquer comment ?

- Votre disponibilité :

Jours de la semaine : [ ] Lundi [ ] Mardi [ ] Mercredi [ ] Jeudi [ ] Vendredi

Précisions éventuelles :

Nombre d’heures (approximatif) à accorder au comité des personnes concernées : …………Heures

- Besoins en matière d’accessibilité :

[ ] Oui [ ] Non

Si oui, lesquels :

- Avez-vous déjà participé à une instance représentative de personnes en situation de handicap ?

 [ ] Oui [ ] Non

Si oui, laquelle :

- Êtes-vous accompagné par un établissement social et/ou médico-social :

[ ] Oui [ ] Non

Si oui, lequel :

- Êtes-vous membre d’une association ?

 [ ] Oui [ ] Non

Si oui, laquelle :

**En cas d’appartenance à une association :**

Quelle est votre fonction au sein de l’association :

Objet de l’association, activités principales, informations complémentaires :

Adresse postale du siège social (si connu) :

Secteur géographique couvert par l’association (si connu) :

Nombre d’adhérents (si connu) :

Association gestionnaire d’établissement ?

 ☐ Oui ☐Non

Si oui, établissement accueillant un public spécifique ?

☐ Oui ☐Non

Si oui, lequel :

Téléphone :

Courriel :

Site internet :

**Identification du représentant légal de l’Association** (président(e) ou autre personne désignée par les statuts) :

Nom : Prénom :

Fonction :