**6ème collège**

**Représentants des associations de personnes handicapées et de leurs familles**

**INSTITUTION / ORGANISME :**

|  |  |
| --- | --- |
| Candidat 1  | Candidat 2 |
| □ Madame □ MonsieurPrénom – NOM : Titre :Adresse postale : Adresse mail : Téléphone :  | □ Madame □ MonsieurPrénom – NOM : Titre :Adresse postale : Adresse mail : Téléphone :  |

|  |  |
| --- | --- |
| Candidat 3 | Candidat 4 |
| □ Madame □ MonsieurPrénom – NOM : Titre :Adresse postale : Adresse mail : Téléphone :  | □ Madame □ MonsieurPrénom – NOM : Titre :Adresse postale : Adresse mail : Téléphone :  |