**6ème collège**

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

**INSTITUTION / ORGANISME :**

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

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