

Je souhaite adhérer à CAP AUTONOMIE SANTE (*adhésion gratuite*) afin de participer à la vie de l'association, aux formations, d'accéder aux outils numériques et aux partenariats développés.

---

**COORDONNEES\***

---

NOM - PRENOM :

PROFESSION :

ETABLISSEMENT/STRUCTURE/ASSOCIATION :

Mandaté par l'établissement/la structure ou l'association :

oui  non

Adhésion à titre individuel :

oui  non

ADRESSE :

CP - VILLE :

TELEPHONE :

E-MAIL :

E-MAIL SECURISE :

Date :

Signature :

**Adhérer à CAP AUTONOMIE SANTE,  
c'est nous soutenir et reconnaître nos missions**

Collège :