

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 – Prénom :

Profession :

Etablissement – Structure – Association :

Adresse – Code Postal – Ville :

Téléphone :

Adresse de messagerie :

Adresse de messagerie sécurisée :

Merci de renseigner l'information ci-dessous :

- Je suis mandaté(e) par l'établissement, la structure ou l'association mentionnée plus haut
- J'adhère à titre individuel

Date :

Signature :

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