Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

cerfa
N° 14161*01

DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D'AGREMENT D'UNE ASSOCIATION D'USAGERS DU SYSTEME DE SANTE

Code de la santé publique : art. L. 1114-1 et R. 1114-4

Arrêté n° 21 du 17/01/2006 publié au J.O du 01/02/2006

FICHE A bis

Demande de renouvellement d'agrément ☐ national ☐ régional

Présentée par : ☐ une association ☐ une union d'associations

Le dossier de demande de renouvellement d'agrément est composé de ce formulaire et des pièces suivantes :

Uniquement si elles n'ont pas été transmises annuellement
- rapport d'activité, rapport moral (adopté en AG) et rapport financier des 3 dernières années

Uniquement en cas de changement :
- copie des statuts
- composition des instances dirigeantes avec mention des professions actuelles ou anciennes des membres
- liste des publications de l'association

Pour les unions d'associations, le dossier sera complété par la liste mise à jour des associations membres, et dans le cas de nouvelle(s) association(s) affiliée(s) à l'union, par une (des) fiche(s) B.

Le dossier est adressé en **3 exemplaires** :
- pour un renouvellement d'agrément national, au Ministre chargé de la santé – Direction générale de la santé
- pour un renouvellement d'agrément régional, à l'Agence Régionale de Santé

► L'association ou l'union ci-dessous :

Nom :.....

Date de création |__|__|__|__|__|__|__|__| N° SIRET : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse postale et sigle (le cas échéant) :.....

.....

Tél : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Fax : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| E-mail : .....

Adresse du siège social (si différent) : .....

Site internet : ..... Nombre de membres cotisants : |__|__|__|__|__|__|

Personne à contacter : Nom : .....n° téléphone, |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse courriel : .....

Art. R. 1114-4 : Les statuts, financements et conditions d'organisation et de fonctionnement de l'association ne doivent pas être de nature à limiter son indépendance. En particulier, l'indépendance de l'association doit être garantie à l'égard des professionnels de santé, établissements de santé, services de santé et organismes dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ainsi que des producteurs, exploitants et fournisseurs de produits de santé.

Fausses déclarations
En cas de fausses déclarations constatées après délivrance de l'agrément, la Commission nationale d'agrément décidera du maintien ou du retrait de cet agrément.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations de ce dossier, et que l'association présente les garanties d'indépendance prévues à l'article R. 1114-4 du Code de la santé publique.

Date de la demande de renouvellement d'agrément :

|__|__|__|__|__|__|__|__|

Signature du président ou de la présidente
(ou son représentant légal)

I – Synthèse des principales actions menées en matière de défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé au cours des 3 dernières années

Types d'actions	Objectifs	Publics visés

A partir de cette limite, si nécessaire, veuillez utiliser une feuille libre.

II – Information sur la représentation des usagers

II.1 – Désignation et participation des membres de votre association dans les instances hospitalières ou de santé publique (pour les unions précisez l'association d'appartenance)

Instances	Fréquence des réunions/an	Nombre de représentants de votre association	Nature des participations : rapports, propositions d'ordre du jour de réunion, participation à des groupes de travail, traitement de plaintes …

II.2 – Formation(s) organisée (s) pour les représentants des usagers

Thème	Dates et durée	Nombre de participants

II.3 – Observations particulières

III – Point de vue sur la représentation

Points positifs relevés :

Difficultés éventuelles rencontrées par les représentants dans l'exercice de leur mandat :

Suggestions éventuelles pour améliorer l'exercice du mandat de vos représentants :

Modalités de travail en commun existantes entre l'association et les représentants :

Effacer tout | Valider | Imprimer