Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

cerfa

Demande d'agrément d'une association d'usagers du système de santé

Vous êtes ☐ **une association** ☐ **une union d'associations**

Code de la santé publique : art. L.1114-1 et R. 1114-1 à 17
Arrêté n° 21 du 17/01/2006 publié au J.O. du 01/02/2006

Aide au téléremplissage : cliquer ici

Fiche A

Le dossier de demande d'agrément est composé de ce formulaire et des pièces devant l'accompagner listées en page 4.
Pour les unions d'associations, le dossier sera complété par une Fiche B pour chaque association affiliée à l'union, dûment renseignée.
Ce dossier sera adressé en 3 exemplaires et en envoi recommandé :
- pour un agrément national, au Ministre chargé de la santé - Direction générale de la santé (DGS)
- pour un agrément régional, au directeur général de l'Agence Régionale de la Santé (ARS)
L'autorité administrative compétente dispose d'un délai de 6 mois pour prendre une décision et la notifier.

Si cette demande n'est pas votre première demande, indiquez ci-dessous le(s) numéro(s) d'agrément que vous auriez déjà obtenu(s)

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

Nom de l'association ou de l'union et sigle *(le cas échéant)*

N° SIRET *(s'il existe)*

Date de création : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Personne à contacter : Nom et N° téléphone

Tél.

Adresse du siège social *(ou cachet)*

Téléphone

Fax

Code postal et Commune

Adresse du site Internet *(s'il existe)*

Adresse e-mail

L'association ou l'union a-t-elle été reconnue d'utilité publique ? ☐ OUI ☐ NON

Combien d'assemblées générales avez-vous tenu ces 3 dernières années ?

Nombre de membres cotisants

Avez-vous participé à des instances en tant que représentante des usagers ces 3 dernières années ? OUI ☐ NON ☐

Principales sources de financement ☐ Cotisations ☐ Subventions publiques ☐ Dons et legs ☐ Financements privés

Région où l'association ou l'union demande un agrément						
Nombre de cotisants dans la région où l'agrément est demandé						

▶ ☐ sollicite un agrément régional

pour un agrément régional, mentionnez la région concernée

▶ ☐ sollicite un agrément national

Si une demande a été présentée dans d'autres régions, préciser lesquelles

1 Citez les principales actions que vous avez menées ces 3 dernières années concernant :

1.1 La promotion des droits des personnes malades et des usagers du système de santé
1.2 La prévention, l'aide et le soutien
1.3 La formation (indiquez le nombre de sessions et de participants par session
1.4 L'information

Objectifs	Types d'actions menées	Publics visés

Suite de la page 2/4

Objectifs	Types d'actions menées	Publics visés

(le cas échéant continuez sur une feuille portant le nom de l'association et la mention : Fiche A p. 3/4)

2 Citez les principales actions que vous avez menées ces 3 dernières années concernant :

2.1 La participation à l'élaboration des politiques de santé publique

2.2 La représentation des usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique

Thèmes	Types de participation

Suite de la page 3/4

Thèmes	Types de participation

▶*Composition du dossier à joindre :*

- *Copie des statuts*
- *Copie de la publication au Journal Officiel*
- *Composition des instances dirigeantes*
- *Rapport financier des 3 dernières années*
- *Rapport moral (s'il existe)*
- *Rapport d'activité des 3 dernières années*
- *Budget prévisionnel pour l'année en cours (s'il existe)*
- *La liste des publications de l'association*

Date de la demande d'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

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.

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

Effacer tout Valider

IMPORTANT

Imprimez cette page pour suivre les instructions

Pour IMPRIMER ***cliquer***

Cliquez ici pour retourner à la page 1

Pour renseigner ce formulaire à l'écran :

1 - Enfoncez la touche **TAB** : vous pourrez avec cette touche descendre d'une zone de remplissage à la suivante. Vous passerez aussi dans les cases à cocher, que vous pourrez cocher avec la touche **ENTRÉE**.

2 - Pour remonter d'une zone à l'autre : **MAJ+TAB**.

3 - Vous pouvez également **cliquer** directement dans les zones à renseigner et dans les cases à cocher choisies.

4 - Pour **décocher** une case non obligatoire : cliquer dans la case ou appuyer sur la touche **ENTRÉE**.

5 - Afin de n'oublier aucune réponse **obligatoire**, cliquez sur le bouton **VALIDER** (en bas de la page 4) qui affichera les zones non renseignées.

6 - Lorsque vous imprimerez, **décochez** dans la fenêtre **IMPRIMER** la case "Commentaires" ou "Annotations".

7 - N'oubliez pas la **SIGNATURE** (à la main) dans la zone prévue.

8 - En bas de la page 4, un bouton **EFFACER TOUT** vous permet de vider les zones de leurs données et de retrouver un formulaire vierge.

Pour IMPRIMER ***cliquer***

Cliquez ici pour retourner à la page 1