



# CARTE D'IDENTITÉ D'ADHÉRENT

## Collège 1

**Collège 1** : les associations et réseaux de santé dont les objectifs sont entièrement ou partiellement inclus les statuts du RLS

**Nom de l'association ou du réseau :**

**Objet (joindre les statuts)**

**Site Internet (éventuellement) :**

Ces informations seront disponibles sur le site internet : [www.reseauloiretsante.org](http://www.reseauloiretsante.org) , sauf demande contraire de votre part. J'accepte que ces informations soient publiées

**Quelles sont vos attentes vis-à-vis du RLS, en termes de besoins ? :**

- Local, accueil, information :
- Gestion administrative :
- Formation professionnelle, échanges :
- Autres :

**Quelles sont vos propositions vis-à-vis du RLS, en termes de mutualisation ? :**

- Local, accueil, information :
- Gestion administrative :
- Formation professionnelle, échanges :
- Autres :

**Je, soussigné, certifie exactes les informations ci-dessus**

**Date et Signature :**



## QUESTIONS INTERVIEW

**- Quelles sont les valeurs que vous reconnaissiez au RLS et que vous souhaitez partager ?**

**- Qu'est-ce qui a amené votre structure à développer son approche spécifique ?**

**- A quel public vous adressez-vous et qu'est-ce que vous leur apportez ?**

**- Sitez 3 valeurs qui caractérisent votre structure**

**Merci et bienvenu au Réseau Loiret Santé !**

**Réseau Loiret Santé** : Maison des associations- 46 ter, rue Sainte-Catherine 45000 Orléans  
[reseauloiretsante.org](mailto:reseauloiretsante.org) – [rls.45@yahoo.com](mailto:rls.45@yahoo.com)