

Centre Communal d'Action Sociale

Dossier suivi par Karine MOREAU

04 94 78 80 49 / ccas@tourves.fr

FORMULAIRE A REMPLIR

CANDIDATURE CCAS ASSOCIATION

Nom de l'association :

Nom du Président :

Adresse de l'association :

N° SIRET :

PERSONNES DÉSIGNÉES

Noms et prénoms des personnes désignées pour représenter l'association au Conseil d'administration du CCAS :

Nom et prénom :

Adresse postale :

Téléphone : Adresse courriel (@) :

Nom et prénom :

Adresse postale :

Téléphone : Adresse courriel (@) :

Nom et prénom :

Adresse postale :

Téléphone : Adresse courriel (@) :

Formulaire à retourner au plus tard le 08 Avril 2026 - 17h00 :

- ✓ sous pli recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante : Mairie de TOURVES – CCAS - place de l'hôtel de ville-83170 TOURVES

ou

- ✓ à remettre à l'accueil de la Mairie aux heures d'ouverture habituelles contre remise d'un récépissé