

Bulletin d'adhésion Fédération Addiction

PERSONNE MORALE 2019/2020

Structure mère (Gestionnaire)	
Nom de la structure : Sigle :	
Coordonnées :	Adresse : _____ _____ Code postal : _____ Ville : _____ Téléphone : __/__/__/__/__ fax : __/__/__/__/__ Email : _____@_____ Site internet : _____
Président(e) : Directeur(rice) :	
Nombre total d'établissements/services	
Nbre d'établissements / services concernés par l'adhésion (cf. annexe de déclaration)	<i>Merci de remplir la déclaration annexe correspondant à vos établissements et/ou services visés par cette adhésion. Les établissements non listés ne pourront être pris en compte dans l'adhésion.</i>
Entité Juridique :	<input type="checkbox"/> Association <input type="checkbox"/> Fédération <input type="checkbox"/> Centre Hospitalier <input type="checkbox"/> Cabinet médical <input type="checkbox"/> Clinique <input type="checkbox"/> GCSMS <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
Secteur :	<input type="checkbox"/> Médico-social <input type="checkbox"/> Sanitaire <input type="checkbox"/> Ville <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> Associatif <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
Champ d'intervention en addictologie :	<input type="checkbox"/> Prévention <input type="checkbox"/> Intervention précoce <input type="checkbox"/> Réduction des risques <input type="checkbox"/> Soins <input type="checkbox"/> Insertion
Sera représentée au sein de la Fédération Addiction par son (sa) référent(e)	
Nom : Prénom : Fonction : Téléphone : Email :	

Montant de cotisation annuelle :

(Budget de la structure sur les établissements déclarés en année N - 1) x 0,6 / 1000 =

€uros

Montant minimum de la cotisation : 150 €

Règlement :

chèque joint à l'ordre de la Fédération Addiction ou virement de _____ €

Je désire que la facture de notre cotisation soit adressée à : _____

Fait à : _____ Le : _____

Signature obligatoire (en signant, vous acceptez de recevoir par voie électronique les informations de la Fédération Addiction)

Nom et qualité de la personne signataire :

Cachet obligatoire

☞ L'adhésion « Personne Morale » d'une structure, d'un établissement ou d'un service permet à ses salariés de bénéficier d'un tarif préférentiel sur les manifestations et formations de la Fédération Addiction.

☞ La loi "Informatique et Liberté" donne à chaque personne figurant dans un fichier, un droit d'accès et de rectification ou suppression. Vous pouvez exercer celui-ci auprès du secrétariat de la Fédération Addiction. Les données recueillies pour ce fichier sont à usage exclusif de la Fédération Addiction. Elles ne pourront, en aucun cas, être divulguées.

☞ **A noter :** L'adhésion Personne Morale est soumise à l'approbation du Bureau de la Fédération Addiction.

Déclaration des établissements/services intervenants dans le secteur de l'addictologie

Merci de **lister** ci-dessous **vos établissements et/ou services** visés par cette adhésion. Les établissements non listés ne pourront être pris en compte dans l'adhésion. **Au-delà de 3 établissements ou services, merci de photocopier cette page afin de compléter votre déclaration.**

	Etablissement ou service
Nom de l'établissement /service : Sigle : Directeur(trice) :	
Coordonnées :	Adresse : Code postal : _____ Ville : _____ Téléphone : __/__/__/__/__ fax : __/__/__/__/__ Email : _____@_____
Type d'Etablissement :	<input type="checkbox"/> CSAPA <input type="checkbox"/> CAARUD <input type="checkbox"/> ELSA <input type="checkbox"/> Unité d'Addictologie <input type="checkbox"/> Réseau Ville Hôpital <input type="checkbox"/> SSR <input type="checkbox"/> Association <input type="checkbox"/> Antenne <input type="checkbox"/> Réseau de santé <input type="checkbox"/> Service de prévention <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____
Type d'accueil :	<input type="checkbox"/> Ambulatoire <input type="checkbox"/> Résidentiel Collectif (précisez) : <input type="checkbox"/> CTR / <input type="checkbox"/> CT / <input type="checkbox"/> CAUT / <input type="checkbox"/> Sleep'In / <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Résidentiel Individuel (précisez) : <input type="checkbox"/> Famille d'Accueil / <input type="checkbox"/> AT / <input type="checkbox"/> ACT / <input type="checkbox"/> Autre : _____
Missions spécifiques :	<input type="checkbox"/> Accueil de personnes prostituées <input type="checkbox"/> Addiction sans substance <input type="checkbox"/> Aide à l'insertion <input type="checkbox"/> Association d'aide aux familles <input type="checkbox"/> Association d'usagers <input type="checkbox"/> Centre de documentation spécialisé <input type="checkbox"/> Centre de formation spécialisé <input type="checkbox"/> Centre de réinsertion sociale <input type="checkbox"/> Centre méthadone <input type="checkbox"/> Consultation Jeunes Consommateurs <input type="checkbox"/> CSAPA référent pénitentiaire <input type="checkbox"/> Echange de seringues <input type="checkbox"/> Equipe de prévention <input type="checkbox"/> Intervention en milieu festif <input type="checkbox"/> Lutte contre le SIDA <input type="checkbox"/> Point écoute <input type="checkbox"/> Réseau professionnel <input type="checkbox"/> Santé/justice <input type="checkbox"/> Unité mobile
Champ d'intervention en addictologie :	<input type="checkbox"/> Prévention <input type="checkbox"/> Intervention précoce <input type="checkbox"/> Réduction des risques <input type="checkbox"/> Soins <input type="checkbox"/> Insertion
Informations complémentaires :	Nombre de salarié ETP : _____ File active : _____

	Etablissement ou service
Nom de l'établissement /service : Sigle : Directeur(trice) :	
Coordonnées :	Adresse : Code postal : _____ Ville : _____ Téléphone : __/__/__/__/__ fax : __/__/__/__/__ Email : _____@_____
Type d'Etablissement :	<input type="checkbox"/> CSAPA <input type="checkbox"/> CAARUD <input type="checkbox"/> ELSA <input type="checkbox"/> Unité d'Addictologie <input type="checkbox"/> Réseau Ville Hôpital <input type="checkbox"/> SSR <input type="checkbox"/> Association <input type="checkbox"/> Antenne <input type="checkbox"/> Réseau de santé <input type="checkbox"/> Service de prévention <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____
Type d'accueil :	<input type="checkbox"/> Ambulatoire <input type="checkbox"/> Résidentiel Collectif (précisez) : <input type="checkbox"/> CTR / <input type="checkbox"/> CT / <input type="checkbox"/> CAUT / <input type="checkbox"/> Sleep'In / <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Résidentiel Individuel (précisez) : <input type="checkbox"/> Famille d'Accueil / <input type="checkbox"/> AT / <input type="checkbox"/> ACT / <input type="checkbox"/> Autre : _____
Missions spécifiques :	<input type="checkbox"/> Accueil de personnes prostituées <input type="checkbox"/> Addiction sans substance <input type="checkbox"/> Aide à l'insertion <input type="checkbox"/> Association d'aide aux familles <input type="checkbox"/> Association d'usagers <input type="checkbox"/> Centre de documentation spécialisé <input type="checkbox"/> Centre de formation spécialisé <input type="checkbox"/> Centre de réinsertion sociale <input type="checkbox"/> Centre méthadone <input type="checkbox"/> Consultation Jeunes Consommateurs <input type="checkbox"/> CSAPA référent pénitentiaire <input type="checkbox"/> Echange de seringues <input type="checkbox"/> Equipe de prévention <input type="checkbox"/> Intervention en milieu festif <input type="checkbox"/> Lutte contre le SIDA <input type="checkbox"/> Point écoute <input type="checkbox"/> Réseau professionnel <input type="checkbox"/> Santé/justice <input type="checkbox"/> Unité mobile
Champ d'intervention en addictologie :	<input type="checkbox"/> Prévention <input type="checkbox"/> Intervention précoce <input type="checkbox"/> Réduction des risques <input type="checkbox"/> Soins <input type="checkbox"/> Insertion
Informations complémentaires :	Nombre de salarié ETP : _____ File active : _____

	Etablissement ou service
Nom de l'établissement /service : Sigle : Directeur(trice) :	
Coordonnées :	Adresse : Code postal : _____ Ville : _____ Téléphone : __/__/__/__/__ fax : __/__/__/__/__ Email : _____@_____
Type d'Etablissement :	<input type="checkbox"/> CSAPA <input type="checkbox"/> CAARUD <input type="checkbox"/> ELSA <input type="checkbox"/> Unité d'Addictologie <input type="checkbox"/> Réseau Ville Hôpital <input type="checkbox"/> SSR <input type="checkbox"/> Association <input type="checkbox"/> Antenne <input type="checkbox"/> Réseau de santé <input type="checkbox"/> Service de prévention <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____
Type d'accueil :	<input type="checkbox"/> Ambulatoire <input type="checkbox"/> Résidentiel Collectif (précisez) : <input type="checkbox"/> CTR / <input type="checkbox"/> CT / <input type="checkbox"/> CAUT / <input type="checkbox"/> Sleep'In / <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Résidentiel Individuel (précisez) : <input type="checkbox"/> Famille d'Accueil / <input type="checkbox"/> AT / <input type="checkbox"/> ACT / <input type="checkbox"/> Autre : _____
Missions spécifiques :	<input type="checkbox"/> Accueil de personnes prostituées <input type="checkbox"/> Addiction sans substance <input type="checkbox"/> Aide à l'insertion <input type="checkbox"/> Association d'aide aux familles <input type="checkbox"/> Association d'usagers <input type="checkbox"/> Centre de documentation spécialisé <input type="checkbox"/> Centre de formation spécialisé <input type="checkbox"/> Centre de réinsertion sociale <input type="checkbox"/> Centre méthadone <input type="checkbox"/> Consultation Jeunes Consommateurs <input type="checkbox"/> CSAPA référent pénitentiaire <input type="checkbox"/> Echange de seringues <input type="checkbox"/> Equipe de prévention <input type="checkbox"/> Intervention en milieu festif <input type="checkbox"/> Lutte contre le SIDA <input type="checkbox"/> Point écoute <input type="checkbox"/> Réseau professionnel <input type="checkbox"/> Santé/justice <input type="checkbox"/> Unité mobile
Champ d'intervention en addictologie :	<input type="checkbox"/> Prévention <input type="checkbox"/> Intervention précoce <input type="checkbox"/> Réduction des risques <input type="checkbox"/> Soins <input type="checkbox"/> Insertion
Informations complémentaires :	Nombre de salarié ETP : _____ File active : _____

ADHÉRER A LA FEDERATION ADDICTION permet à un niveau national, et régional via les Unions Régionales :

- **De participer** à la vie associative et démocratique de la Fédération
- **D'être représenté** auprès des instances politiques et institutionnelles
- **De prendre part** de façon active aux débats, recherches et réflexions concernant le secteur de l'addictologie
- **De contribuer** à l'existence d'un dispositif d'addictologie cohérent et de qualité pour répondre aux besoins des usagers
- **De partager expériences et pratiques professionnelles** pour contribuer à leurs évolutions
- **De bénéficier d'un tarif préférentiel** « adhérent » pour les Journées Nationales, colloques, formations mise en place par l'Unité de Formation de la Fédération
- **De trouver un lieu conseil et de solliciter des personnes ressources** au sein du réseau
- **De recevoir les informations et publications** sur l'activité du secteur et des actions conduites par la Fédération :
 - Lettre de la Fédération (newsletter électronique)
 - Suppléments techniques
 - Mailings sur l'actualité
 - Revue Addiction(s) : recherches et pratiques
 - Guides, référentiels et autres publications
- **D'accéder dans le site internet de la Fédération** à un contenu réservé aux adhérents pour :
 - rester informé de l'actualité de la vie associative et du secteur
 - télécharger les informations et publications de la Fédération
 - participer à des échanges thématiques