



Le formulaire d'adhésion d'une personne morale:

Notre organisation souhaite devenir membre de la SFAP, au titre de personne morale

Formulaire de 3 pages à renvoyer à la SFAP, 106 avenue Émile Zola, 75015 Paris
Tout dossier incomplet ne pourra pas être instruit par la commission d'adhésion qui demandera systématiquement de le compléter.

Je soussigné(e), Nom: _____ Prénom : _____
sollicite l'adhésion de l'entité juridique dont je suis responsable:

Voici les renseignements nécessaires à mon inscription dans le fichier des adhérents de la SFAP :

Nom de l'organisation : _____

Forme juridique : _____

Type:

association de Bénévoles d'accompagnement

Réseau de soins palliatifs

HAD

Autre : _____

Objet social (statuts):

Adresse postale: _____

Code postal: _____

Ville : _____

Téléphone : ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Fax : ____ - ____ - ____ - ____ - ____

E-mail : _____ @ _____

3. En quelques mots, voici les raisons qui motivent notre demande d'adhésion :

En rejoignant la SFAP, je m'engage à respecter ses positions éthiques, et notamment celles qui sont définies par la charte des soins palliatifs et de l'accompagnement, en préambule des statuts.

Ma candidature est parrainée par l'adhérent de la SFAP indiqué ci-dessous, à jour de sa cotisation, et obligatoirement extérieur à la structure à laquelle je suis rattachée:

CE PARRAINAGE EST OBLIGATOIRE

Je, soussigné (e):

Nom: _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal: _____

Ville : _____

déclare être membre de la SFAP, à jour de ma cotisation, et parrainer la demande d'adhésion de l'organisation : _____

le ____/____/20

Signature du parrain/marraine:

Liste des documents à joindre IMPERATIVEMENT à votre demande d'adhésion .

Tout dossier incomplet ne pourra pas être instruit par la commission d'adhésion.

1. Formulaire d'adhésion rempli, accompagné du parrainage signé par un adhérent de la SFAP à jour de cotisation
2. Statuts de l'organisation
3. Déclaration officielle de création (en préfecture ou dans toute autre instance) publication au J.O
4. Déclaration officielle des modifications éventuelles intervenues depuis la création (en préfecture ou dans toute autre instance), publication au J.O
5. PV de la dernière assemblée générale,
6. Rapport moral et Rapport d'activité de l'année écoulée,
7. Rapport financier de l'année écoulée,
8. Liste des dirigeants (selon l'identité juridique : CA, président, secrétaire général, directeur, coordinateur...) en indiquant le nom et la profession de chaque membre du bureau,
9. Montants des cotisations de votre organisation fixés par l'instance délibérative pour l'année en cours,
10. Nombre d'adhérents à jour de leur cotisation au 31 décembre de l'année écoulée, par montant de cotisations.

Le barème des cotisations pour les personnes morales est le suivant :

Pour les associations de bénévoles d'accompagnement ayant:				
moins de 51 membres:	de 51 à 100 membres:	de 101 à 500 membres:	de 501 à 1.000 membres:	plus de 1.000 membres:
50 €	100 €	165 €	250 €	330 €
Pour les organisations autres que les associations d'accompagnement ou d'usagers : 50 €				

Nombre de bénévoles d'accompagnement : _____

Nombre de bénévoles administratifs: _____

Vous trouverez ci-joint notre règlement de cotisation d'un montant de: _____ €.

Un reçu vous sera adressé après acceptation de notre adhésion par le conseil d'administration.

Le ____/____/20__

Signature :



Si votre structure est une association de bénévoles d'accompagnement,
merci de répondre aux questions suivantes:

Références éthiques	
L'association adhère-t-elle à l'éthique définie dans le préambule des statuts de la SFAP ?	OUI
	NON
L'association fait-elle référence à un autre texte ?	OUI Si oui lesquels ? - JALMALV - UNASP - Autre :
Vous référez-vous à la charte des associations de bénévoles à l'hôpital ?	OUI
	NON
Organisation du bénévolat d'accompagnement :	
Existe-t-il dans votre région une demande de bénévoles de la part :	des institutions ?
	du domicile ?
Les bénévoles de votre association sont-ils regroupés en équipes placées sous la coordination d'un(e) responsable associatif ?	OUI
	NON
Relations de l'association avec des établissements de santé, publics ou privés & conventions : (cf. Art.10 de la loi 99-477 du 9.06.1999 et le décret n°2000-1004 du 16 octobre 2000)	
La mise à disposition des bénévoles sous la responsabilité de l'association est-elle assurée dans le cadre d'une convention écrite et signée par le directeur de l'établissement qui reçoit les bénévoles d'accompagnement ?	OUI
	NON
Dans quels services ? <input type="checkbox"/> CHG (Centre Hospitalier Général) <input type="checkbox"/> CHU (Centre Hospitalier Universitaire) <input type="checkbox"/> CHS (Centre Hospitalier Spécialisé) <input type="checkbox"/> Hôpital local <input type="checkbox"/> Réseau Soins Palliatifs <input type="checkbox"/> HAD (Hospitalisation A Domicile) <input type="checkbox"/> EHPAD (Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes) <input type="checkbox"/> Autres : _____	
Date de la convention : __ / __ / __	
Notre organisation souhaite recevoir les informations de la SFAP (Bulletin, infos adhérents, ...) <input type="checkbox"/> par la poste <input type="checkbox"/> par courrier électronique (email)	
Le ____ / ____ / 20__	Signature :