



FORMULAIRE DE CANDIDATURE

*Conseil Consultatif Louviérois
pour l'Inclusion des Personnes
en Situation de Handicap.*

Informations :

Nom / Prénom :

Date de naissance :
*âge minimum: 18 ans

N° de téléphone :

E-mail :

Je postule:

A TITRE INDIVIDUEL

Adresse complète :

COMME REPRESENTANT D UNE ASSOCIATION

Nom de l'association :

Adresse du siège social :

Profession actuelle:

Travaillez-vous ? OUI NON

Quelle profession exercez-vous ?

Genre

HOMME

FEMME

AUTRE

MOTIVATION

Expliquez-nous en quelques lignes quelles sont vos motivations à rejoindre le Conseil Consultatif pour l'Inclusion des Personnes en Situation de Handicap ?

DISPONIBILITES

Etes-vous disponible pour participer à des réunions régulières ? **OUI - NON**

Préciser vos disponibilités : **EN JOURNÉE - EN SOIRÉE**

CONSENTEMENT

Je soussignée(e) autorise que mes informations personnelles soient utilisées dans le cadre du processus d'appel à candidature.

**Le traitement des données recueillies dans ce questionnaire respectera en tous points le règlement général sur la protection des données (RGPD).*

DATE : / /

SIGNATURE :

MERCI D'AVOIR SOUMIS VOTRE CANDIDATURE. NOUS EXAMINERONS ATTENTIVEMENT VOTRE DOSSIER ET VOUS CONTACTERONS AU PLUS VITE.



064/27.78.11



Place Communale -1
7100 La Louvière



pcs@lalouviere.be