**Acte de candidature**

**(Date limite d’envoi : 18 mai 2015, cachet de la poste faisant foi)**

**Je soussigné(e)** …….............................................................................................................., **pose ma candidature au conseil APF de département de** ……..…………………….….…..

« **Je m’engage** - dès le dépôt de ma candidature et si je suis élu(e) pendant toute la durée de mon mandat - à faire miennes les obligations des membres du conseil APF de département, à savoir :

* Respecter et appliquer la Charte de l’APF, les orientations politiques du Conseil d’Administration de l’APF, le règlement de fonctionnement des conseils APF de département et les décisions du conseil APF de département.
* Etre motivé exclusivement par la défense des droits des personnes en situation de handicap et de leur famille. La qualité de membre du conseil APF de département est incompatible avec la recherche d’un intérêt personnel, de quelque nature que ce soit. Le cas échéant, informer par écrit le CA de l’APF de tout mandat électif politique et se retirer des débats menés par le conseil APF de département dans lesquels il risque d’y avoir un conflit d’intérêt.
* Agir ou parler au nom du conseil APF de département, à la condition d’avoir été dûment mandaté par lui et de lui rendre compte en remplissant les fiches de mission.

**J’atteste** jouir du plein exercice de mes droits civils et civiques et avoir pris connaissance de ces obligations que doit respecter tout élu de l’APF. Je m’engage en outre à ne porter d’aucune façon préjudice aux intérêts et à l’unité de l’APF par mes actions ou déclarations. »

**Date et signature :**

Numéro d’adhérent : …………………………….. Téléphone : …………………………………....

Mobile : ……………………………………...…

Adresse : ………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………….…………

Email : …………………………………………………. @ ……………………………………………………

**Je suis** (cocher au moins une case) :

* atteint(e) de déficience motrice avec ou sans troubles associés
* membre de la famille d’une personne atteinte de déficience motrice avec ou sans troubles associés (Père, mère, enfant, frère, sœur, conjoint, lié(e) par un PACS, concubin(e) - l’état de concubinage devant être notoire)
* salarié(e) de l’APF
* dans aucune de ces trois catégories

**Je joins un extrait de casier judiciaire (bulletin n°3) à mon acte de candidature** : ce document peut être obtenu en quelques jours le site du ministère <https://www.cjn.justice.gouv.fr/cjn/b3/eje20>

**Déclaration d’intention**

**(Date limite d’envoi : 18 mai 2015, cachet de la poste faisant foi)**

**Nom : ………………………………………. Prénom : ………………………………………..**

**Les quatre questions suivantes permettront de mieux informer les adhérents sur votre candidature.**

**Attention : pour chaque question, votre texte ne devra pas dépasser 1.000 signes.**

Sont considérés comme « signes » toute lettre, ponctuation ou espace.

Pour obtenir le nombre de signes : sélectionnez votre texte, puis : cliquez sur l’option « statistiques » pour Word 2010, ou "Outils", "Personnaliser", "Statistiques" pour Word 2003.

Si vous remplissez votre déclaration manuscrite sur papier libre, n’oubliez pas d’indiquer le numéro des questions.

**Aucune correction ne sera apportée.**

**1) Quel est votre parcours (activités professionnelles et/ou associatives passées et présentes à l’APF ou dans d’autres organisations) ?**

**2) Qu’est-ce qui motive votre candidature au Conseil APF de département ?**

**3) Que pensez-vous apporter au Conseil APF de département en termes de compétences, savoir-faire personnels ?**

**4) Selon vous, quelles devraient être les actions prioritaires de l'association dans votre département pour les années à venir ?**