Récapitulatif

Identification de l'association 1/2

Veuillez saisir votre numéro RNA :	W332034347

Identification de l'association 2/2

SIRET	
Sigle	CPTS ENTRE FLEUVES
Titre	COMMUNAUTE PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTE ENTRE FLEUVES - CPTS ENTRE FLEUVES
Objet	accompagner le développement de l'exercice coordonné des acteurs de santé au niveau du territoire, favoriser les relations interprofessionnelles et faire de la cpts un lieu d'accueil et de formation pour les nouvelles générations ; contribuer en complémentarité avec les structures de proximité existantes à la mise en oeuvre du projet de santé de la cpts, organiser à ce titre une réponse aux besoins de santé sur le territoire ; améliorer l'offre de soins de proximité par la structuration de l'exercice coordonné des acteurs de soins médicaux et sociaux sur le territoire, améliorer la promotion de la santé sur le secteur de population concernée du territoire par une communication adaptée et homogène, favoriser l'égal accès à la santé ainsi que la qualité et l'efficience des soins au sein du territoire ; organiser les modalités de fonctionnement entre les membres de l'association, proposer et réaliser des actions tendant à la formation des acteurs du dispositif cpts ; pourvoir au financement du dispositif cpts

Adresse du siége

Etage-escalier-appartement	
Immeuble-bâtiment-résidence	
Numéro et libellé de voie	6 RUE du President Coty

Lieu-dit ou boîte postale	
Pays	
Code postal	33440
Localité	Ambarès-et-Lagrave

Adresse de Gestion

Etage-escalier-appartement	1ER ETAGE
Immeuble-bâtiment-résidence	
Numéro et libellé de voie	6 RUE DU PRESIDENT COTY
Lieu-dit ou boîte postale	
Pays	
Code postal	33440
Localité	AMBARES ET LAGRAVE
Ces informations correspondent-elles à l'association pour laquelle je souhaite déclarer des modifications ou des changements ?	oui

Identification du déclarant

Le déclarant est-il une des personnes chargées de l'administration de l'association ?	Non

Informations personnelles du déclarant

Civilité	Monsieur
Nom	Abdillahi Ahmed
Prénom(s)	Idriss

Informations personnelles du mandant

Fonction dans l'association	Président(e)
Civilité	Monsieur
Nom	Duquenoy
Prénom(s)	Raphaël
Profession	Médecin Généraliste

Type de déclaration

Vous souhaitez effectuer :	une modification
F	Déclarer des dispositions statutaires nouvelles (autres que le titre, l'objet ou le siège si celui-ci figure dans les statuts) [exemples : modification du fonctionnement de l'assemblée générale/du conseil d'administration ou création de nouvelles catégories de membres].

Menu F : Déclarer des nouvelles dispositions statutaires

Date de la décision de l'organe délibérant compétent	14/10/2025

Pièces justificatives

• Statuts signés par au moins deux dirigeants, portant leur nom, prénom et fonction	Statuts_version_modifiee__AGE_14_10_2025_.pdf
• Mandat portant la signature, le nom, le prénom et la fonction du mandataire	Lettre_de_mandat_modification_des_stauts.pdf
• Procès-verbal 1 de l'organe délibérant daté et signé, portant le nom, le prénom et la fonction du signataire	PV_AGE_du_14_octobre_2025.pdf