**ANNEXE 3 :**

**FICHE DE CANDIDATURE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Objet de la candidature (cocher la ou les cases)** |  |
| Labellisation – Equipe de diagnostic et d’intervention autisme |   |
| Mission d’appui départementale |  |

* **Etablissement porteur du projet :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Etablissement**: Nom :Adresse :CP - Ville :N°FINESS : | **Organisme gestionnaire** : Nom :Adresse :CP - Ville :N° FINESS : |

* **Etablissements partenaires**

|  |  |
| --- | --- |
| **Etablissement**: Nom :Adresse :CP - Ville :N°FINESS : | **Organisme gestionnaire** : Nom :Adresse :CP - Ville :N° FINESS : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Etablissement**: Nom :Adresse :CP - Ville :N°FINESS : | **Organisme gestionnaire** : Nom :Adresse :CP - Ville :N° FINESS : |
| **Etablissement**: Nom :Adresse :CP - Ville :N°FINESS : | **Organisme gestionnaire** : Nom :Adresse :CP - Ville :N° FINESS : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Etablissement**: Nom :Adresse :CP - Ville :N°FINESS : | **Organisme gestionnaire** : Nom :Adresse :CP - Ville :N° FINESS : |