

# DÉCLARATION DE LA LISTE DES PERSONNES CHARGÉES DE L'ADMINISTRATION D'UNE ASSOCIATION

Ce formulaire vous permet de déclarer la liste des personnes en charge de l'administration de votre association. L'article 5 de la loi du 1er juillet 1901 et l'article 2 de son décret d'application imposent la déclaration des éléments suivants : le nom, la profession, le domicile et la nationalité de celles et ceux qui sont chargés de l'administration de votre association.

Les données nominatives personnelles contenues dans cette liste ne feront l'objet d'aucune saisie permettant la constitution d'un fichier nominatif.

Cette liste est communicable à toute personne en faisant la demande.

## 1 - IDENTIFICATION DE L'ASSOCIATION

**TITRE ACTUEL DE L'ASSOCIATION :**

POLE SANTÉ PLURIDISCIPLINAIRE PARIS-EST

**Numéro de dossier RNA :** W942006769

**Numéro SIREN/SIRET :**

**SIÈGE SOCIAL DE L'ASSOCIATION :**

188 GRAN4 Charles de Gaulle

94130 Nogent-sur-Marne

## 2 - NATURE DE LA DÉCLARATION

**Vous souhaitez faire une déclaration de modification de la liste des personnes chargées de l'administration.**

**Date de la décision de l'organe délibérant :** 16/05/2019

## 3 - SIGNATURE DE LA DÉCLARATION

**Déclaration établie le :** 16/05/2019

**Nom et qualité du déclarant :** Revellat Président

**TITRE ACTUEL DE L'ASSOCIATION :**

POLE SANTÉ PLURIDISCIPLINAIRE PARIS-EST

**Numéro de dossier RNA :** W942006769

## Dirigeant 1

**Fonction dans l'association :** Président

**Civilité :** Mme

**Nom :** Revellat

**Nationalité :** Française

**Prénom(s) :** Evelyne

**Profession :** Sophrologue

**ADRESSE :**

**Étage, escalier, appartement :**

**Immeuble, bâtiment, résidence :**

**N° et nom de la voie :** 19 rue Camille Claudel

**Lieu-dit ou boîte postale :** 94350

**Code Postal :** 94350

**Etat / Province :**

**Commune / Localité :** Villiers sur Marne

**Pays :** FRANCE

## Dirigeant 2

**Fonction dans l'association :** Vice-Président

**Civilité :** M

**Nom :** LABESCAT

**Nationalité :** Française

**Prénom(s) :** JACQUES

**Profession :** MEDECIN

**ADRESSE :**

**Étage, escalier, appartement :**

**Immeuble, bâtiment, résidence :** 24 RUE  
FRANCHETTI

**N° et nom de la voie :** 24 RUE FRANCHETTI

**Lieu-dit ou boîte postale :** 94360

**Code Postal :** 94360

**Etat / Province :**

**Commune / Localité :** BRY SUR MARNE

**Pays :** FRANCE

### Dirigeant 3

**Fonction dans l'association :** Membre de la direction collégiale

**Civilité :** M

**Nom :** SCHOEN

**Nationalité :** Française

**Prénom(s) :** Christian

**Profession :** Médecin

**ADRESSE :**

**Étage, escalier, appartement :**

**Immeuble, bâtiment, résidence :**

**N° et nom de la voie :** 52 bis rue Denfert

Rochereau

**Lieu-dit ou boîte postale :** 92100

**Code Postal :** 92100

**Etat / Province :**

**Commune / Localité :** BOULOGNE

BILLANCOURT

**Pays :** FRANCE

### Dirigeant 4

**Fonction dans l'association :** Membre de la direction collégiale

**Civilité :** M

**Nom :** Marcelino

**Nationalité :** Française

**Prénom(s) :** Antonio

**Profession :** Médecin

**ADRESSE :**

**Étage, escalier, appartement :**

**Immeuble, bâtiment, résidence :**

**N° et nom de la voie :** Rua Campo Alegre 1236

**Lieu-dit ou boîte postale :** Porto

**Code Postal :** 4150-173

**Etat / Province :**

**Commune / Localité :** Portugal

**Pays :** PORTUGAL

"La loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique à la déclaration relative à votre association dont les destinataires sont les services préfectoraux et les services de l'Etat concernés. Les articles 39 et suivants de cette loi vous garantissent un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du préfet du département ou du sous-préfet de l'arrondissement du siège de l'association."