

**APPEL A CANDIDATURES**

**CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA CITOYENNETÉ  
ET DE L'AUTONOMIE DE L'EURE**

**RENOUVELLEMENT 2026/2029**

**Objet de l'appel à candidatures**

**Compétences du CDCA**

Au titre des compétences prévues par la loi, le CDCA doit être informé et, dans certains cas, consulté pour avis sur les schémas et les programmes départementaux et régionaux ciblant les personnes âgées ou en situation de handicap.

Le CDCA peut également, de sa propre initiative, formuler des recommandations et mener des débats relatifs au respect des droits et à la bienveillance des personnes âgées ou en situation de handicap et, plus largement, concernant la politique de l'autonomie.

Dans le cadre de ses compétences, le CDCA désigne aussi des représentants dans des instances départementales et régionales des secteurs de la santé et de l'autonomie.

Le choix final relatif à la nomination des membres revient au Président du Conseil départemental qui désignera, les représentants du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) par voie d'arrêté nominatif.

**Candidature**

Le formulaire joint en annexe de cet appel à candidatures doit être transmis sur la boîte courriel dédiée [cdca@leure.fr](mailto:cdca@leure.fr) pour le 30 septembre 2026 au plus tard.

**CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA CITOYENNETÉ ET DE L'AUTONOMIE**  
(Document à transmettre impérativement avant le 30 septembre 2026 à [cdca@eure.fr](mailto:cdca@eure.fr))

**INSTITUTION / ORGANISME/ASSOCIATION :** .....

**DESCRIPTION SUCCINCTE DE L'ACTIVITÉ**.....

**Formation**       Personnes âgées       Personnes en situation de handicap

**Collège**       1<sup>er</sup> collègue       2<sup>ème</sup> collègue       3<sup>ème</sup> collègue       4<sup>ème</sup> collègue

Titulaire	Suppléant
<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Prénom – NOM : .....	Prénom – NOM : .....
Titre : .....	Titre : .....
Adresse postale : .....	Adresse postale : .....
Adresse mail : .....	Adresse mail : .....
Téléphone : .....	Téléphone : .....
Souhaite se porter candidat à la Vice-Présidence du CDCA lors du renouvellement de l'instance	Souhaite se porter candidat à la Vice-Présidence du CDCA lors du renouvellement de l'instance
OUI <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
NON <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>