# Attestation de concertation[[1]](#footnote-1)

Les chefs des établissements porteur et partenaire du Conseil des Etablissements Associés doivent valider le dépôt de projet.

|  |
| --- |
| **Titre du projet** : |
| **Nom du porteur** :  **Intitulé de l’établissement porteur :** |

|  |
| --- |
| **Chef de l’établissement porteur**  Avis Favorable  Avis défavorable  - Motif(s) de refus :  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Date : ………………………………… Nom : Signature et cachet : |

|  |
| --- |
| **Chef de l’établissement partenaire 1**  Avis Favorable  Avis défavorable  - Motif(s) de refus :  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Date : ………………………………… Nom : Signature et cachet : |
|  |
| **Chef de l’établissement partenaire 2**  Avis Favorable  Avis défavorable  - Motif(s) de refus :  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Date : ………………………………… Nom : Signature et cachet : |
|  |
| **Chef de l’établissement partenaire 3**  Avis Favorable  Avis défavorable  - Motif(s) de refus :  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Date : ………………………………… Nom : Signature et cachet : |

1. Cf. Notice de renseignement AMI I 2021 AEBB, SNI, Santé [↑](#footnote-ref-1)