



INSTITUT
DE VEILLE SANITAIRE

Surveiller, alerter, prévenir

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

L'InVS est un établissement public à caractère administratif dont les missions imposent l'indépendance et l'impartialité des personnes participant à l'élaboration de ses avis et recommandations. Cette indépendance, tant à l'égard de la gestion du risque que des acteurs économiques et sociaux, se traduit pour toutes les personnes participant aux travaux de l'InVS par le respect d'obligations déontologiques, lesquelles sont adaptées aux missions de l'InVS et nécessaires à son autorité.

A ce titre, l'InVS met en place la déclaration d'intérêts conformément aux articles L. 1413-11 et L. 5323-4 du code de la santé publique.

La déclaration d'intérêts a pour finalité de prévenir les conflits d'intérêts susceptibles de se présenter lorsqu'une personne est exposée à privilégier ses intérêts personnels au détriment de ceux qui lui sont confiés dans le cadre de ses missions. Il s'agit d'une déclaration sur l'honneur concernant tout lien avec une entreprise ou un établissement dont les activités entrent dans le champ de compétence de l'Institut, c'est-à-dire notamment toute entreprise produisant, exploitant, commercialisant des produits de santé, des produits ou articles de consommation, toute entreprise fournissant des services, tout organisme de conseil intervenant sur ces produits, toute organisation ou instance concernée par le sujet traité, tout prestataire, tout partenaire y compris public...

Le devoir d'information par cette déclaration porte sur l'ensemble des intérêts, liens ou faits susceptibles de faire naître un risque de conflits d'intérêts ou une incompatibilité entre les missions du personnel de l'InVS et de tout intervenant extérieur à l'Institut et leurs activités extérieures.

À QUI S'ADRESSE LA DÉCLARATION D'INTÉRÊTS ?

La présente déclaration vous concerne si vous êtes :

- personnel de l'InVS ou personnel ARS des Cire (personnel contractuel en CDI ou CDD de toutes catégories ; fonctionnaire détaché ou mis à disposition ; ... ; y compris interne en santé publique participant aux activités de l'InVS) ;
- membre d'un conseil ou d'un comité siégeant auprès de l'InVS et dont la nomination fait l'objet d'un acte réglementaire, y compris représentant institutionnel (conseil d'administration, conseil scientifique, comité des CNR [centres nationaux de référence], comité national des Registres, comité de toxicovigilance, ...) ;
- intervenant extérieur, membre d'un groupe de travail ou d'un comité *ad hoc* ou toute personne qui collabore occasionnellement aux travaux de l'InVS.

LE TRAITEMENT DE VOTRE DÉCLARATION D'INTÉRÊTS :

Les informations déclarées peuvent faire l'objet d'un traitement automatisé dans le cadre de la déclaration enregistrée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Conformément aux prescriptions légales, le contenu des déclarations des membres des conseils ou comités et des intervenants extérieurs est rendu public par l'Institut de veille sanitaire sur son site Internet, dans le respect des dispositions de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 relative à la liberté d'accès aux documents administratifs et à la réutilisation des informations publiques et de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

COMMENT ET QUAND REMPLIR VOTRE DÉCLARATION ?

Votre déclaration doit mentionner l'ensemble de vos liens directs ou indirects quelle qu'en soit la nature (intérêt moral, intellectuel, financier, familial ou autre) avec toute entreprise ou organisme intervenant dans le champ des missions de l'InVS, tout prestataire, tout partenaire y compris public.

Elle doit être effectuée lors de votre entrée en fonction (pour les agents de l'InVS ou le personnel ARS des Cire) ou de votre candidature (pour les experts externes) et actualisée à votre initiative en cas de changement de situation et au moins une fois par an (pour les experts externes, si vous avez été nommé).

Renseignements généraux

Nom : DEVELAY

Prénom(s) : AUDE-EMMANUELLE

Nom de naissance :

Vous êtes personnel InVS ou personnel ARS des Cire (tout statut) oui non

Si oui, remplir ci-dessous :

<input checked="" type="checkbox"/> Personnel InVS	Fonction	Responsable d'unité
<input type="checkbox"/> Personnel ARS des Cire	Département / Service / Cire	

Vous êtes membre d'un comité de l'InVS oui non

Si oui, remplir ci-dessous :

<input type="checkbox"/> Membre d'un conseil / comité créé réglementairement	Conseil / Comité	<input type="checkbox"/> CA	<input type="checkbox"/> CCTV	<input type="checkbox"/> Comité des Registres
	Activité / Fonction	<input type="checkbox"/> CS	<input type="checkbox"/> Comité des CNR	
<input type="checkbox"/> Membre d'un comité <i>ad hoc</i>	Nom du projet *	<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Président	<input type="checkbox"/> Rapporteur
	Fonction	<input type="checkbox"/> Membre	<input type="checkbox"/> Vice président	
		<input type="checkbox"/> Membre du comité de pilotage	<input type="checkbox"/> Membre du conseil scientifique	<input type="checkbox"/> Membre d'un groupe de travail
		<input type="checkbox"/> Autre :		

Cette partie du formulaire concerne les experts externes – A ne pas remplir

Si non, remplir ci-dessous :

Organisme employeur principal :
Activité professionnelle principale :

Vous déposez votre candidature oui non
 pour le comité [menu déroulant des comités + dates de mandats]
 comme expert individuel (pour le projet...)

Vous collaborez déjà avec l'InVS oui non

Si oui, remplir ci-dessous :

<input type="checkbox"/> Membre d'un conseil / comité créé réglementairement	Conseil / Comité	<input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> CCTV <input type="checkbox"/> Comité des Registres <input type="checkbox"/> CS <input type="checkbox"/> Comité des CNP <input type="checkbox"/> Autre :
	Activité / Fonction	<input type="checkbox"/> Président <input type="checkbox"/> Rapporteur <input type="checkbox"/> Vice président <input type="checkbox"/> Membre
<input type="checkbox"/> Membre d'un comité <i>ad hoc</i>	Nom du projet *	
	Fonction	<input type="checkbox"/> Membre du comité de pilotage <input type="checkbox"/> Membre du conseil scientifique <input type="checkbox"/> Membre d'un groupe de travail <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Expert externe individuel	Nom du projet *	

* projet : programme, enquête, étude, investigation...

En application des articles L. 4113-6 et L. 5323-4 du Code de la santé publique :

« Est interdit le fait, pour les membres des professions médicales mentionnées au présent livre, de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par les entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Est également interdit le fait, pour ces entreprises, de proposer ou de procurer ces avantages. »

« Les agents contractuels mentionnés à l'article L. 5323-2 et L. 5323-3 du Code de la santé publique :
1° Sont tenus au secret et à la discrétion professionnels dans les mêmes conditions que celles qui sont définies à l'article 26 du titre 1^{er} du statut général des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales ;
2° Ne peuvent, par eux-mêmes ou par personne interposée, avoir, dans les établissements ou entreprises contrôlés par l'agence ou en relation avec elle, aucun intérêt de nature à compromettre leur indépendance.

Les agents précités sont soumis aux dispositions prises en application de l'article 87 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques.

Les personnes collaborant occasionnellement aux travaux de l'agence et les autres personnes qui apportent leur concours aux conseils et commissions siégeant auprès d'elle, à l'exception des membres de ces conseils et commissions, ne peuvent, sous les peines prévues à l'article 432-12 du code pénal, traiter une question dans laquelle elles auraient un intérêt direct ou indirect et sont soumises aux obligations énoncées au 1°.

Les membres des commissions et conseils siégeant auprès de l'agence ne peuvent, sous les mêmes peines, prendre part ni aux délibérations ni aux votes de ces instances s'ils ont un intérêt direct ou indirect à l'affaire examinée et sont soumis aux obligations énoncées au 1° ».

Les personnes mentionnées aux articles L. 5323-1, L. 5323-2 et L. 5323-3 du Code de la santé publique (fonctionnaires, agents contractuels de droit public, agent contractuel de droit privé) ainsi que les personnes mentionnées aux deux alinéas précédents (collaborateurs occasionnels, membres des commissions et conseils) adressent au directeur général, à l'occasion de leur nomination ou de leur entrée en fonction, puis annuellement, une déclaration mentionnant leurs liens, directs ou indirects, avec les entreprises ou établissements dont l'objet entre dans le champ de compétence ou des activités de l'InVS.

1. Intérêts financiers dans une entreprise, une association ou tout autre organisme

Il s'agit de tout intérêt financier actuel : valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres. Doivent être déclarés les intérêts dans tous les établissements ou entreprises, en France ou à l'étranger, dont les activités entrent dans le champ de compétence et les activités de l'InVS. La participation financière est la détention d'une fraction du capital d'une entreprise, une de ses filiales ou une société dont elle détient une partie du capital dans la limite de votre connaissance immédiate et attendue. Il est demandé d'indiquer le nom de la société, le type et la quantité des valeurs ou pourcentage de la fraction du capital détenu.

NB : La détention d'actifs financiers sous forme de produits collectifs (type SICAV/FCP) n'a pas à être déclarée car le détenteur n'en contrôle ni la gestion, ni la composition.

X Non concerné

Concerné (compléter le tableau ci-dessous)

Entreprise, société, établissement, organisme, ...	Type d'investissement (valeurs en bourse, capitaux propres ou obligations)	< 5000 € ou < 5 % du capital	≥ 5000 € ou ≥ 5 % du capital
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Activités exercées personnellement

Les activités exercées à titre personnel et qui peuvent donner lieu à une rémunération personnelle sont regroupées dans différentes rubriques, permettant une distinction selon la nature du conflit d'intérêts potentiel. Sont concernées les activités avec des entreprises ou établissements à but lucratif ou non, intervenant dans le champ de compétence ou d'activités de l'InVS. Les activités de recherche, d'évaluation scientifique ou de conseil pour le compte ou au nom de ces entreprises ou organismes sont notamment à déclarer dans ces rubriques.

2.1 Liens durables ou permanents

2.1.1 Propriétaire, dirigeant, associé, employé, participation à un organe décisionnel

- Actuellement ou au cours des 3 années précédentes
- Sont concernés les entreprises ou établissements à but lucratif ou non, intervenant dans le champ de compétence ou d'activités de l'InVS, les organismes professionnels ou organismes de conseil intervenant dans ces secteurs (start up, entreprise d'innovation, société de conseil...)
- Les liens durables ou permanents, qui peuvent donner lieu à une rémunération personnelle, comprennent notamment
 - les contrats de travail avec une entreprise (cas des experts qui ne sont pas issus du secteur public) ;
 - les rémunérations répétées par une même entreprise ;
 - la participation, rémunérée ou non, à une instance auprès d'une entreprise (conseil d'administration par exemple).

En conséquence sont concernés les liens de type contrat de travail : CDD, CDI ; associé, dirigeant, participation à un organe décisionnel (tel que conseil d'administration) d'une entreprise ou d'un établissement à but lucratif ou non entrant dans champ de compétence ou d'activités de l'InVS (ex. Inserm...), ou d'une agence sanitaire.

X Non concerné

Concerné (compléter le tableau ci-dessous)

Entreprise, société, établissement, organisme, agence sanitaire, ...	Position dans l'entreprise (cadre dirigeant, cadre...)	Nature du contrat / de la rémunération / de la participation	Période	Rémunération
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

2.1.2 Autres activités régulières

- Actuellement ou au cours des 3 années précédentes
- Les activités visées dans cette rubrique sont les activités récurrentes rémunérées ou non de consultation individuelle, de formation, membre d'un groupe d'expert ou équivalent... pour une entreprise ou un établissement à but lucratif ou non intervenant dans le champ de compétence ou d'activités de l'InVS, avec un organisme professionnel ou un organisme de conseil intervenant dans ces secteurs (ex. membre d'un comité ou d'une commission d'une autre agence sanitaire).

Non concerné

X Concerné (compléter le tableau ci-dessous)

Entreprise, société, établissement, organisme, agence sanitaire, ...	Nature de l'activité / Sujet (consultant, participant à une instance...)	Période	Rémunération
Université paris XII	Module « méthodologie de l'intervention en santé publique- Evaluation »	Février 2011	X <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Université de Nancy – Agence de biomédecine	Membre du comité de pilotage de l'enquête Qualité de vie - insuffisance rénale chronique	2010 - 2012	<input type="checkbox"/> Oui X <input type="checkbox"/> Non
Fondation de coopération scientifique Alzheimer	Membre du conseil Comité d'Orientation Scientifique de la cohorte MEMENTO	2011 - 2012	<input type="checkbox"/> Oui X <input type="checkbox"/> Non
Plan Alzheimer – mesure 34 (banque nationale Alzheimer)	Membre du comité de suivi	2010 - 2012	<input type="checkbox"/> Oui X <input type="checkbox"/> Non
Plan qualité de vie	Membre du comité de suivi	2010- 2012	<input type="checkbox"/> Oui X <input type="checkbox"/> Non
Plan santé des détenus	Membre du comité de suivi	2010 – 2014	<input type="checkbox"/> Oui X <input type="checkbox"/> Non
FNORS	Membre du groupe Score-Santé	2010-	<input type="checkbox"/> Oui X <input type="checkbox"/> Non
HCSP	membre commission maladies chroniques	2010 -	<input type="checkbox"/> Oui X <input type="checkbox"/> Non
IRDES	Membre du COPIL ESPS	2010 - 2012	<input type="checkbox"/> Oui X <input type="checkbox"/> Non

2.2 Interventions ponctuelles : travaux scientifiques

- Actuellement ou au cours des 3 années précédentes
- Les activités visées dans cette rubrique sont les participations ponctuelles rémunérées ou non à toute étude (épidémiologique, essais clinique...) en lien avec le sujet traité [exemple : investigateur principal ou associé...].

X Non concerné

Concerné (compléter le tableau ci-dessous)

Porteur des travaux (entreprise, société, établissement, organisme, agence sanitaire, ...)	Nature / Thème des travaux scientifiques / Etudes / Recherche...	Fonction	Période	Rémunération
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui

			<input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui
			<input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui
			<input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui
			<input type="checkbox"/> Non

2.3 Interventions ponctuelles : rapports d'expertise

- Actuellement ou au cours des 3 années précédentes
- Les activités visées dans cette rubrique sont les participations ponctuelles rémunérées ou non à toute expertise en lien avec le sujet traité, en dehors des participations en tant que membre d'un groupe défini au 2.1.2.

X Non concerné

Concerné (compléter le tableau ci-dessous)

Porteur de l'expertise (entreprise, société, établissement, organisme, agence sanitaire, ...)	Commanditaire / Sujet de l'expertise	Période	Rémunération
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

2.4 Interventions ponctuelles : activités de conseil

- Actuellement ou au cours des 3 années précédentes
- Les activités visées dans cette rubrique sont les activités ponctuelles rémunérées ou non de consultant, de participation à une réunion d'experts, groupe de travail, groupe de réflexion, activité d'audit...

X Non concerné

Concerné (compléter le tableau ci-dessous)

Porteur de l'activité (entreprise, société, établissement, organisme, agence sanitaire, ...)	Nature de la prestation / Sujet	Période	Rémunération
		2010/ 2012	<input type="checkbox"/> Oui X <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

2.5 Interventions ponctuelles : congrès, conférences, colloques, actions de formation

- Réunions ou formations soutenues financièrement ou organisées par les entreprises ou établissements à but lucratif ou non intervenant dans le champ de compétence ou d'activités de l'InVS ; activités rémunérées ou non.

2.5.1 Invitations en qualité d'intervenant à un congrès, colloque... action de formation, membre d'un conseil ou d'un comité scientifique ou du comité d'organisation du congrès, colloque... action de formation

- Actuellement ou au cours des 3 années précédentes

Non concerné

X Concerné (compléter le tableau ci-dessous)

Entreprise, société, établissement, organisme, ...	Lieu et intitulé de la réunion / Sujet de l'intervention	Période	Rémunération
Université paris V	Surveillance des maladies chroniques	Novembre 2010 (2011 ?)	<input type="checkbox"/> Oui X <input type="checkbox"/> Non
Congrès national 2010 des Unités de Soins d'Evaluation et de prise en charge des patients Alzheimer	Le recueil des données épidémiologiques dans les consultations Alzheimer : constitution de la base nationale Alzheimer : les indicateurs épidémiologiques	16 décembre 2011	<input type="checkbox"/> Oui X <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

2.5.2 Invitations en qualité d'auditeur à un congrès, colloque... action de formation (frais de déplacement et d'hébergement pris en charge par une entreprise, un organisme public ou une autre structure)

- Actuellement ou au cours des 3 années précédentes

Non concerné

X Concerné (compléter le tableau ci-dessous)

Entreprise, société, établissement, organisme, ...	Lieu et intitulé de la réunion / Sujet de l'intervention	Période	Rémunération
FNORS	Congrès ORS 2010	Lyon les 9 et 10 novembre 2010	<input type="checkbox"/> Oui X <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

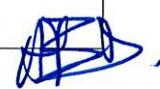
2.6 Interventions ponctuelles : autres

- La nature du lien est autre que celles proposées ci-dessus
- Détenteur d'un brevet ou inventeur d'un produit ou procédé, ou toute autre forme de propriété intellectuelle

X Non concerné

Concerné (compléter le tableau ci-dessous)

Entreprise (société, établissement, organisme)	Nature de l'activité	Période	Rémunération
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non



			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

3. Participation à un organisme percevant un financement substantiel*

* Sont visées toutes les structures auxquelles le déclarant appartient (organismes de recherche, instituts, fondations, départements, services, associations de promotion ou d'éducation pour la santé) qui sont financées substantiellement par une entreprise ou un établissement à but lucratif ou non, intervenant dans le champ de compétence ou d'activités de l'InVS ; Y compris financement de thèses et de stages de post-doctorants dans les universités.

- Actuellement ou au cours des 3 années précédentes
- Il est demandé de déclarer les financements dont les montants participent au budget de cette structure bénéficiaire pour plus de 10% ; le montant s'apprécie annuellement, d'une même source ; les versements peuvent prendre la forme de subventions pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versement en nature ou en numéraires, matériels, taxes d'apprentissage, divers...

X Non concerné

Concerné (compléter le tableau ci-dessous)

Responsabilité (au sein de l'institution bénéficiaire)	Institution bénéficiaire	Entreprise, société, établissement, organisme, ... à l'origine du versement	Objet du versement	Période

4. Intérêts familiaux

- Actuellement
- Conjoint, époux(se) ou personne vivant sous le même toit – ascendants, descendants, collatéraux immédiats y compris leur conjoint...
- Sont concernés les intérêts financiers, les activités exercées personnellement, les membres d'un organisme faisant l'objet d'un financement

(Le nom des membres de la famille n'a pas à être mentionné)

X Non concerné

Concerné (compléter le tableau ci-dessous)

Entreprise (société, établissement, organisme)	Fonction et position dans l'entreprise (indiquer le cas échéant s'il s'agit d'un poste de responsable)	Nature des intérêts (financiers, activités exercées personnellement, membre d'un organisme financé...)	Lien de parenté (conjoint, enfant, frère, sœur, père, mère, beau-père, belle-mère, beau-frère, belle-soeur...)	Période

5. Autres liens

Doivent être déclarés tous les autres intérêts en rapport avec le champ de compétence et les activités de l'InVS :

- Actuellement ou au cours des 3 années précédentes
- Autres faits ou intérêts qui pourraient être considérés comme préjudiciables à votre impartialité
- Travaux d'expertise dans d'autres instances / institutions en relation avec le sujet traité
- Autres faits que vous considérez devoir être portés à la connaissance de l'Institut et du public
- Autres faits qui pourraient représenter un lien d'intérêt : participation à un processus réglementaire, législatif ou judiciaire (expertise), prise de position pour représenter ou défendre un groupe d'intérêts (organisation de défense de patients, de victimes, de l'environnement...)

X Non concerné

Concerné (compléter le tableau ci-dessous)

Entreprise (le cas échéant)	Nature de l'activité	Commentaire	Période	Rémunération
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Par la signature du présent document, et conformément aux dispositions des articles L. 4113-6 et L. 5323-4 du code de la santé publique, je m'engage notamment à ne pas prendre part aux délibérations ou aux votes concernant une affaire dans laquelle j'aurais un intérêt direct ou indirect.

Par la signature du présent document, et conformément aux dispositions des articles L. 4113-6 et L. 5323-4 du code de la santé publique, je m'engage notamment à ne pas traiter une question dans laquelle j'aurais un intérêt direct ou indirect, sous les peines prévues à l'article 432-12 du code pénal.

Par la signature du présent document, je déclare sur l'honneur qu'à ma connaissance les seuls intérêts directs ou indirects que j'ai dans une entreprise ou un organisme susceptible d'intervenir dans des domaines en lien avec les missions de l'Institut de veille sanitaire sont ceux listés ci-dessus.

Je m'engage, en cas de modification des liens ci-dessus ou du fait de l'acquisition d'intérêts supplémentaires devant être portés à la connaissance de l'InVS, à en informer celui-ci et à procéder immédiatement à une actualisation de ma déclaration d'intérêts.

Je m'engage à déclarer tout conflit d'intérêts potentiel au début de toute activité de l'InVS à laquelle je participe.

Fait à Saint-Maurice, le 15/02/2011

Signature :

Develay Aude-Emmanuelle



10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

Par la signature du présent document, le Comptable de la
Commune de [Nom de la Commune] certifie que les
comptes de la commune pour l'exercice [Année] ont été
vérifiés et sont exacts et conformes à la réalité.
Par la signature du présent document, le Comptable de la
Commune de [Nom de la Commune] certifie que les
comptes de la commune pour l'exercice [Année] ont été
vérifiés et sont exacts et conformes à la réalité.
Par la signature du présent document, le Comptable de la
Commune de [Nom de la Commune] certifie que les
comptes de la commune pour l'exercice [Année] ont été
vérifiés et sont exacts et conformes à la réalité.

Fait à [Lieu], le [Date].
[Signature]
Comptable de la Commune de [Nom de la Commune]