



Déclaration d'intérêts

Je soussigné,

Nom LARCHER-ROULAND

Prénom CELINE

Adresse professionnelle 3 PLACE DE LA REPUBLIQUE 56000 VANNES

Certifie l'exactitude des renseignements indiqués ci-après :

I. Activité professionnelle

1.1 Masseur-kinésithérapeute

→ Exercice libéral

Si oui, préciser : En cabinet

Dans une autre structure

si oui, laquelle :

Temps partiel

Temps plein

→ Exercice salarié

Si oui, préciser : En cabinet

Dans une autre structure

si oui laquelle :

Temps partiel

Temps plein

→ autre type d'exercice

si oui, préciser lequel :

→ retraité

si oui, préciser : Activités conservées

si oui, lesquelles :

1.2 Autre(s) activité(s) professionnelle(s)

Préciser :



II. **Mandats ordinaires**

→ **Conseil national**

Si oui, préciser : la nature :
La durée du mandat :

→ **Conseil régional**

Si oui, préciser : la nature :
La durée du mandat :

→ **Conseil départemental**

Si oui, préciser : la nature :
La durée du mandat :

MEMBRE TITULAIRE:
3 ANS

→ **Chambre Disciplinaire Nationale**

Si oui, préciser : La durée du mandat :

→ **Chambre Disciplinaire de 1^{ère} Instance**

Si oui, préciser : La durée du mandat :

→ **Section Assurances Sociale 1^{ère} Instance**

Si oui, préciser : La durée du mandat :

→ **Section Assurances Sociales Nationale**

Si oui, préciser : La durée du mandat :

III. **Autres fonctions électives**

Préciser :

Le nom de la ou des organisations :

La nature du ou des mandats :

La durée du ou des mandats :

