**demande de subvention**

**ARS de Normandie**

**2024**

**Projet**

2012

**ATTENTION : NOUS VOUS DEMANDONS DE NE PAS MODIFIER LE CADRE INITIAL DE CE DOCUMENT.**

**Porteur de l’action :**

**Action nouvelle**

**Action reconduite**

* a été financée par l’ARS
* autre financement

###### Identification du projet

**Intitulé de l’action :**

**Dans quelle cadre s'inscrit votre action ?**

**Thématique**

Accidents de la vie courante

Santé au travail  Violence

Cancers  Santé bucco-dentaire  Compétences psychosociales

Conduites addictives  Santé mentale

Environnement  Santé scolaire  Hygiène de vie

Maladies chroniques  Sexualité  Santé globale

Maladies infectieuses  Vaccination  Périnatalité et parentalité

Nutrition (alimentation et activité physique)

Vieillissement

PRAPS (Programme Régional d’Accès à la Prévention et aux Soins (population en situation de précarité)

Handicap

**Territorialisation**

Organiser au niveau régional (IREPS, ORS, OR2S…)

Organiser au niveau local (RLPS, référents territoriaux, ASV)

**Cette action s’inscrit dans quels territoires :**

Territoire de santé de l'Orne

Territoire de santé de la Manche

Territoire de santé du Calvados

Territoire de santé du Havre

Région

Territoire de santé de Dieppe

Territoire de santé de Rouen-Elbeuf

Territoire de santé d’Evreux-Vernon

###### I. Promoteur du projet

**I. 1**

###### Nom du promoteur :

N° Siret (attribué par l’INSEE) :

(Obligatoire pour l’obtention d’une subvention publique)

Adresse (du siège social si vous êtes une association) :

Code postal :       Commune :

Tél. :       Télécopie :

Mail :

Site internet :

Adresse du correspondant, si différente du siège :

Code postal :       Commune :

Association loi 1901  Autres (Fondation, GIP, …)

Préciser le statut :

Nombre d’adhérents :       Montant annuel de la cotisation :

Y-a-t-il des adhérents personnes morales ? :

Si oui, lesquels :

Union, Fédération ou réseau auquel est affilié le promoteur :

**Identification du responsable légal :**

Nom – prénom :

Qualité (Président, …) :

**Identification de la personne chargée du projet :**

Nom – prénom :

Qualité (Président, …) :

Tél. :       Télécopie :

Mail :

**Identités et adresses des structures relevant du secteur marchand avec lesquelles l’association est liée :**

###### I. Promoteur du projet

**I. 2**

**Si vous êtes une association, renseignements d’ordre administratif et juridique**

Déclaration en préfecture :

A :

Date de publication au journal officiel :

**Objet de votre association :**

**Votre association dispose-t-elle d’un agrément administratif ?**

non

oui, en ce cas vous préciserez le(s)quel(s) :

Type d’agrément :       attribué par :

en date du :

Organisme de formation :

**Votre association est-elle reconnue d’utilité publique ?**

non

oui

**Votre association dispose-t-elle d’un commissaire aux comptes[[1]](#footnote-1) ?**

non

oui

**Composition du bureau et du conseil d’administration :**

###### I. Promoteur du projet

**I. 3**

**Si vous êtes une association, renseignements concernant votre fonctionnement.**

**Description du projet associatif et de vos activités habituelles :**

Territoire d'intervention :

Orientation de l'association :

Moyens humains de l’association :

Vous indiquerez le nombre de personnes participant à l’activité de votre association, tant de manière bénévole que rémunérée. S’agissant des personnes salariées, vous indiquerez le nombre de CDI, d’une part, et les personnes à temps partiel, d’autre part.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Salariés  en CDI | Salariés  en CDD | Personnels mis à disposition | Bénévoles | TOTAL |
| Nombre de personnes |  |  |  |  |  |
| Dont salariés à Temps Plein |  |  |  |  |  |
| Dont salariés à Temps partiel (préciser ½ temps, ⅓ temps) |  |  |  |  |  |

Cumul des cinq salaires annuels bruts les plus élevés      €

**Montant des rémunérations et avantages des membres du conseil d’administration ou de l’organe délibérant en tenant lieu :**

**Autres informations pertinentes concernant les moyens humains que vous souhaitez indiquer :**

###### II. Description de l’action

**Personne responsable de l’action :**

Nom :       Prénom :

Fonction :

Téléphone :       Courriel :

**Le projet a-t-il bénéficié d’un soutien méthodologique de :**

Réseau local de promotion de la santé

Atelier santé ville

IREPS

Autre, précisez :

Éléments de contexte qui ont motivé la mise en œuvre de l’action

**Une action nouvelle**, à quels besoins répond-elle ?

*Vous pouvez par exemple vous appuyer sur :*

* *une présentation de la situation de départ, une analyse des besoins repérés…*
* *Un questionnaire démontrant une attente particulière*
* *La prise en compte des préoccupations de la communauté scolaire*

**Une action reconduite,** à quels besoins répond-elle ? Quels sont les éléments du bilan qui ont motivé la reconduction de l’action ?

Pour toute reconduction d’action, vous devrez joindre un bilan même si l’action est financée par un autre financeur.



**Contractualisation pluriannuelle souhaitée**

**Durée de l’action :**

Date de démarrage prévue :       Date d’achèvement prévue :

**Fréquence de l’action**

Ponctuelle (a lieu à une date précise. Ex : journée mondiale)

Répétitive (répétée à des moments différents, dans des lieux différents)

Suivie (action avec un suivi de cette population. Ex : point écoute, atelier santé)

**Portée territoriale de l’action :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dans quels agglomérations, ou communes ou quartiers ? | Quels sont les lieux d’intervention (établissement scolaire, hôpital, centre social…) | Pourquoi cette zone ? |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Public cible de l’action :

* Sexe :
* Nombre de personnes concernées par l’action:

Nourrissons (0-2ans)

Enfants (2-9ans)

Adolescents (10-16ans)

Jeunes (16-25 ans)

Adulte

Personnes de + de 55 ans

Chômeurs

Etudiants-apprentis

Femmes enceintes

Gens du voyage

Habitants

Homosexuels

Parents

Patients

Personnes en situation de handicap

Personnes immigrées

Personnes sous main de justice

Personnes en difficulté socio-économique

Personnes sans domicile fixe

Usagers de drogues

Professionnels de santé

Professionnels du social

Professionnel de l’éducation

Personnes relais/pairs

Aidants

Autre - Précisez :…................

**Comment et pourquoi s’est fait le choix de cette cible ?**

**Comment la population cible est-elle associée au projet ?**

**Type d’action :**

Accueil, écoute, orientation

Travail en réseau

Action liée à la réglementation

Éducation à la santé

Education thérapeutique

Appui et/ou suivi en méthodologie et évaluation

Coordination locale

Formation

Etude de besoin-diagnostic

Soutien aux équipes

Action de santé communautaire

Production, analyse et valorisation d’outil

Communication, information, sensibilisation

**Objectifs et contenu détaillé de l’action :**

**Détaillez les activités prévues pour mettre en œuvre les objectifs (méthode d’intervention, calendrier…)**

**Précisez les outils mis en œuvre (outils INPES, création d’outils spécifiques …)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectif général :** | | | |
| **Objectifs spécifiques** | **Objectifs opérationnels** | **Activités mises en œuvre** | **Méthodes et outils utilisés pour la mise en œuvre** |
| **OS 1 –** | **OO 1.1 -** |  |  |
| **OO 1.2 -** |  |  |
| **OO 1.3** – |  |  |
| **OS 2 –** | **OO 2.1 -** |  |  |
| **OO 2.2 -** |  |  |
| **OS 3 –** | **OO 3.1 -** |  |  |
| **OO 3.2 -** |  |  |

***Rajouter des lignes au besoin***

**Indicateurs et méthode d’évaluation prévus :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rappel des objectifs opérationnels du projet** | **Indicateurs qualitatifs** | **Résultats attendus** | **Indicateurs quantitatifs** | **Résultats attendus** | **Outils utilisés** |
| **OO 1.1 –** |  |  |  |  |  |
| **OO 1.2 –** |  |  |  |  |  |
| **OO 1.3 –** |  |  |  |  |  |
| **OO 2.1 –** |  |  |  |  |  |
| **OO 2.2 –** |  |  |  |  |  |
| **OO 3.1 –** |  |  |  |  |  |
| **OO 3.2 –** |  |  |  |  |  |

***Rajouter des lignes au besoin***

Méthode d’évaluation :

Par qui sera réalisée l’évaluation ?

Coût prévisionnel de l’évaluation ?

**Moyens de communication sur l’action :**

**Moyens humains :**

Equipe de travail mobilisée sur ce projet :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Qualification | Nombre | ETP | Statut\* | Intervention à quelle phase de l’action ? |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* : S = salarié ; B = Bénévole ; M = Mise à disposition

**Partenariats :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Organisme | Qualification et compétences des intervenants | Rôle effectif dans l’action | Intervention à quelle phase de l’action ? \* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**\***: participation à un groupe de travail en amont de l’action, conseils méthodologiques, interventions durant l’action….

1. Obligatoire notamment pour toute association qui reçoit annuellement plus de 1 530 000 euros de dons ou de subventions , conformément au code des associations [↑](#footnote-ref-1)