**demande de subvention**

**ARS de Normandie**

**2022**

**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 | Salariésen 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 ?

![C:\Documents and Settings\coleroy\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.IE5\E8ZRL9AL\MC900411320[1].wmf]() Pour toute reconduction d’action, vous devrez joindre un bilan même si l’action est financée par un autre financeur.

**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 handicapées

[ ]  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)