

Formulaire

« Appel à Projet pour des journées d'informations et/ou de réflexions »

Les projets intégrant une thématique sur les soins palliatifs pour les personnes en situation de précarité sociale seront privilégiés pour cette session.

A retourner par mail au plus tard
Le vendredi 6 Mars 2020, à 17 heures

CAPalliatif

A l'attention de Laurence de PEYRELONGUE
Adresse mail : mission.cellule@mariegalene.org

Date d'envoi

Date de Réception

Présentation de la structure

Etablissement			
Adresse			
Téléphone		Mail	
Site web			
Forme juridique			
Date de création		Date de parution au JO	
N° Siren			
Objet de la structure			
Président ou directeur			
Trésorier			
Nombre de salariés		Nombre de bénévoles	

Responsable – Coordonnateur du Projet

Nom			
Prénom			
Fonction			
Téléphone		Mail	

Equipe projet

Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Fonction		Fonction	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Fonction		Fonction	

Présentation de la Manifestation

Titre	
Public ciblé	
Territoires visés	
Prévisionnel : nombres de personnes attendues	
Lieu de la manifestation	
Date de la manifestation	
Moyens humains	
Moyens Techniques	
Création ou reprise de la manifestation	
Impact envisagé	
Co-partenaires	
Si personne en situation de précarité sociale	

Objectifs du Projet

Synthèse du Projet

Etapas et Calendrier du Projet

Dates	Etapes

Budget

Coût Global de la manifestation					
Budget détaillé					
Montant de l'aide demandé à CAPalliatif					
Financement déjà acquis	Autres Cofinancements : qui ?		Montants : combien ?		
Autres partenaires financiers sollicités pour le projet	Qui ?		Montant		
Votre participation financière ?	Non		Oui		Montant
Participation financière du public ?	Gratuit			Prix de l'entrée	

Communication sur le projet

Communication sur le projet envisagé					
Autorisations de communiquer sur le projet si nous le finançons	Oui		Non		

Identifications des facteurs de risques et de succès du projet

Facteurs de risques	
Facteurs de succès	

Evaluation du projet

Outils utilisés	
Suite donnée à l'évènement Finalité de la manifestation	

Signature du Responsable du projet		Signature du directeur / Président	
Le demandeur s'engage à respecter les modalités particulières et générales d'attributions citées ci-dessus			
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Fonction		Date	
Date		Signature	
Signature			

Cachet de l'établissement