|  |
| --- |
| **APPEL À PROJETS « ACTIONS DE PREVENTION »****FICHE PROJET** |

*À remplir par le porteur de projet. Veillez à être succinct et à vous appuyer sur le nombre de lignes maximales indiqué pour chaque rubrique.*

**LE PORTEUR DE PROJET**

**COORDONNEES DU REFERENT PROJET** *(à compléter)* :

|  |
| --- |
| NOM : PRENOM :MAIL : TELEPHONE :FONCTION : |

Les coordonnées du « référent projet » pourront-elles être diffusées auprès du grand public, dans le cadre d’un annuaire répertoriant les actions financées dans le cadre de l’appel à projets ? *(Cochez la mention)*

[ ]  Oui [ ]  Non

Si non, renseigner un autre contact qui pourra être diffusé dans le cadre de ce répertoire *(à compléter)* :

|  |
| --- |
| MAIL : TELEPHONE : |

**LE PROJET**

**INTITULE DU PROJET** *(à compléter)* :

|  |
| --- |
|  |

**AXE DU PROJET**

À quel axe du cahier des charges correspond votre projet ? *(Cochez la mention)*

[ ]  Actions collectives de prévention en direction des personnes âgées

[ ]  Actions collectives d’accompagnement des proches aidants

[ ]  Actions facilitant l’accès des personnes âgées aux équipements et aux aides techniques individuelles à domicile

**THEMATIQUE DU PROJET**

Si vous avez coché « actions collectives de prévention en direction des personnes âgées », précisez à quelle thématique se raccroche votre projet *(Cochez une seule mention)*

Santé globale – bien vieillir :

[ ]  Nutrition [ ]  Mémoire [ ]  Sommeil [ ]  Activité physique/prévention des chutes [ ]  Bien-être/estime de soi [ ]  Prévention de la dépression/du risque suicidaire [ ]  Santé bucco-dentaire [ ]  Autres actions en Santé globale

Autres actions de prévention

[ ]  Lien social/lutte contre l’isolement [ ]  Habitat et cadre de vie [ ]  Mobilité (dont sécurité routière) [ ]  Accès aux droits [ ]  Autonomie numérique [ ]  Préparation à la retraite [ ]  Santé bucco-dentaire [ ]  Autres actions de prévention

**DESCRIPTION DU PROJET**

S’agit-il d’une demande de renouvellement d’une action déjà financée par la Conférence des financeurs de la Seine-Saint-Denis ? *(Cochez la mention)*

[ ]  Oui [ ]  Non

**Résumez brièvement votre projet** *(10 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |

**Précisez l’origine et le contexte de votre projet** *(10 lignes maximum) :*

|  |
| --- |
|  |

**Précisez les conditions de mise en œuvre de votre projet (Moyens humains, moyens matériels prévus)**

*(15 lignes maximum) :*

|  |
| --- |
|  |

Précisez le format de réalisation du projet ? *(Cochez la mention)*

[ ]  Cycle d’ateliers [ ]  Conférence [ ]  Salon/forum [ ]  Autre format

Précisez-le(s) lieu(x) et l’adresse de mise en œuvre de votre projet *(à compléter)* :

|  |
| --- |
|  |

Précisez si l’action est mise en place dans un EHPAD *(à compléter)*

[ ]  Oui [ ]  Non

**Si vous avez sélectionné « autre format** », veuillez préciser *(3 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |

**Précisez les objectifs et résultats attendus pour votre projet** *(10 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |

Précisez vos indicateurs quantitatifs/ qualitatifs (c*ritères permettant de juger de l’atteinte des objectifs)*

* Indicateur 1 *(à compléter)* :
* Indicateur 2 *(à compléter)* :
* Indicateur 3 *(à compléter)* :
* *(à compléter si nécessaire)*

**Précisez les modalités d’évaluations de votre projet** *(10 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |

**Précisez les risques inhérents au projet, *les obstacles (internes ou externes) qui pourraient freiner la bonne réalisation du projet et les adaptations envisagées*** *(10 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |

**PUBLIC CIBLE DU PROJET**

Précisez la population ciblée par votre projet ? *(Cochez la mention)*

[ ]  Personnes âgées de plus de 60 ans [ ]  Proches aidants de personnes âgées

Précisez le nombre de personnes ciblées par le projet *(à compléter)* : personnes

Votre projet est-il ouvert à toutes les personnes correspondant à la population précitée et vivant en Seine-Saint-Denis qui souhaiteraient y participer ? *(Cochez la mention)*

[ ]  Oui [ ]  Non

Si non, précisez les caractéristiques de ciblage de la population que vous avez défini *(5 lignes maximum)* :

* Caractéristique 1 *(à compléter)* :
* Caractéristique 2 *(à compléter)* :
* Caractéristique 3 *(à compléter)* :
* *(A compléter si nécessaire)*

**PARTENAIRES**

**Précisez l’identité des principaux partenaires du projet ainsi que leur rôle. *Merci de préciser si le partenariat est confirmé ou en cours de construction.*** *(15 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |

**COMMUNICATION**

**Précisez les actions de restitution ou de communication prévues autour de votre projet** *(10 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |

**BUDGET**

Précisez le coût total de mise en œuvre du projet *(à compléter)* : €

Précisez le montant de la subvention sollicité *(à compléter)* : €

**Précisez les dépenses spécifiques pour lesquelles vous souhaitez mobiliser cette subvention** *(10 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |

Une participation financière sera-t-elle demandée aux participants ? *(Cochez la mention)*

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, précisez le montant *(à compléter)* : €/personne

**CALENDRIER**

Précisez la date de démarrage du projet *(à compléter)* : /2023

Précisez la durée du projet *(à compléter)* : mois

Précisez la fréquence de mise en place des actions *(à compléter)* : tous les jours /semaines/mois