

APPEL A PROJETS MONALISA

PREVENIR ET LUTTER CONTRE L'ISOLEMENT SOCIAL DES PERSONNES AGEES

FICHE SYNTHETIQUE DE PRESENTATION DU PROJET

ACTION

Intitulé de l'action			
Nature de l'action	<input type="checkbox"/> Action nouvelle	<input type="checkbox"/> Action accompagnée par le Conseil Départemental sur les 3 derniers exercices	<input type="checkbox"/> Action accompagnée par un partenaire du Conseil Départemental (ARS, CGSS, etc)

PORTEUR DE PROJET

NOM complet			
Sigle éventuel	N° SIREN <i>(attribué par l'INSEE)</i>		
N° SIRET	N° RNA		
Adresse postale			
Tél.	0590	Gsm	0690
Fax	0590	E-mail	

Nom / Prénom du Responsable légal	Qualité <i>(Président,...)</i>
Nom / Prénom du Responsable projet	Fonction
Tél.	0590
Gsm	0690
Fax	0590
E-mail	

Banque <i>(préciser aussi l'agence)</i>		
Code banque	Code guichet	N° de compte

STATUT DE LA STRUCTURE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Collectivités territoriales ou établissement public | <input type="checkbox"/> Association de quartiers |
| <input type="checkbox"/> Association culturelle, sportive, de loisirs | <input type="checkbox"/> Association intermédiaire, entreprises d'insertion |
| <input type="checkbox"/> Association affiliée à un organisme national | <input type="checkbox"/> Club et service de prévention spécialisée |

Domaine d'activité :

Description des activités principales de la structure (10 lignes maximum)

Dispose-t-elle d'une autorisation ou d'un agrément administratif ? Oui Non

Si oui, lequel (*joindre une copie*):

MISE EN ŒUVRE DU PROJET

Public concerné/ciblé par le projet :

Mode de prise contact / repérage des bénéficiaires de l'action (Courriers, articles de presse, orientations de partenaires, etc.)

Zone géographique (quelle sera la zone géographique couverte par le projet (quartier(s), commune(s), etc.) ?)

DESCRIPTION DE L'ACTION (résumé en 10 lignes maximum)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PERIODE DE DEROULEMENT DE L'ACTION

✚ Date de mise en œuvre prévue : début fin

✚ Durée prévue (nombre de mois) :

✚ Périodicité prévue : hebdomadaire mensuelle trimestrielle semestrielle annuelle

Coût de l'activité (quel est le coût (en euros et en TTC) de l'activité par aidant ?)

Participation demandée (quel est le reste à charge pour l'utilisateur ?)

Partenaires associés au projet

Pourriez-vous décrire les partenaires de votre projet ? Quels sont les acteurs locaux susceptibles de consolider ou compléter les interventions et acteurs institutionnels impliqués, directement ou indirectement, dans le champ d'activité dans lequel le projet s'inscrit.

LES MOYENS

Equipe dédiée au projet (pourriez-vous préciser qui intervient dans votre projet (fonction) avec quel statut (bénévole / professionnel) et à quelle fréquence (ETP) ?)

Fonction	Bénévole / professionnel	ETP

Moyens matériels envisagés (local, matériel,...)

Moyens de communication utilisés pour faire connaître la ou les activité(s) du projet (site internet, plaquette, film promotionnel,...)

EVALUATION DU PROJET

Par qui sera réalisée l'évaluation ?

en interne :

en externe :

Typologie d'évaluation

Continue Trimestrielle Semestrielle Finale

Quelle **méthode ou outils** seront utilisés ?

Tout projet ayant fait l'objet d'un financement du Conseil Départemental sera évalué, notamment sur les critères suivants :

- Thématique de l'action,
- Type d'action (conférences, ateliers, sorties...),
- Mode et fréquence de mise en œuvre,
- Atteinte des objectifs fixés,
- Nombre de personnes âgées de plus de 60 ans ayant participé à l'action,
- Caractéristiques du public bénéficiaire de l'action (âge, sexe, degré de dépendance, territoire de résidence...)

Je soussigné(e) _____

En ma qualité de _____

Certifie l'exactitude des renseignements et éléments fournis dans le cadre de ma demande de subvention.

Fait à : _____

Le :

Signature

Cachet de la structure