**Appel à manifestation d’intérêt**

**Fonds de lutte contre les addictions 2024**

**lETTRE D’INTENTION**

**COORDONNÉES**

|  |  |
| --- | --- |
| Intitulé du projet |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Structure porteuse de l’action et bénéficiaire de l’action** | |
| Nom de la structure |  |
| Adresse postale |  |
| N° SIRET |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Coordinateur du projet** | |
| Nom, prénom |  |
| N° de téléphone |  |
| Courriel |  |

**pouvez-vous décrire votre projet ?**

|  |
| --- |
| **Eléments de diagnostic** |
|  |

|  |
| --- |
| **Partenariats envisagés** *(svp précisez ceux qui sont pressentis et ceux qui ont d’ores et déjà indiqué qu’ils contribueraient au projet)* |
|  |

|  |
| --- |
| **Territoire de mise en œuvre** |
|  |

|  |
| --- |
| **Public cible** |
|  |

|  |
| --- |
| **Objectifs du projet** |
|  |

|  |
| --- |
| **Principales actions** |
|  |

|  |
| --- |
| **Calendrier prévisionnel, durée du projet** |
|  |

|  |
| --- |
| **Montant estimatif du projet** *(si vous pensez être capable de l’estimer, vous pouvez également proposer une fourchette de prix et préciser le montant total du projet et le montant sollicité dans le cadre du Fonds de Lutte contre les addictions)* |
|  |

**Nom, prÉnom ET SIGNATURE du reprÉsentant lÉgal**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom, prénom | Structure | Signature |
|  |  |  |

**Cette fiche est à renseigner dans son intégralité**

**et à adresser à** [**ars-pdl-dspe-pads-subv@ars.sante.fr**](mailto:ars-pdl-dspe-pads-subv@ars.sante.fr)

**au plus tard le vendredi 6 SEPTEMBRE 2024 à 18 heures**