**Appel à projets 1000 premiers jours**

**FICHE PROJET**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la structure** |  |
| **Représentant légal** |  |
| **Adresse** |  |
| **Code postal** |  | **Ville** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Personne en charge****du projet** |  |
| **Téléphone** |  | **Mail** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Coût du projet** |  |  | **Subvention sollicitée** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rattachement de votre projet aux objectifs***(plusieurs choix possibles)* | **[ ]**  | Le repérage des situations de fragilité et l’accompagnement des parents sans rupture tout au long des 1000 premiers de l’enfant |
| **[ ]**  | Le développement d’actions en promotion de la santé des plus petits |
| **[ ]**  | La prévention de l’isolement et de l’épuisement des parents d’enfants de 0 à 3 ans, notamment des mères en post-partum, y compris à travers les solutions d’accueil occasionnel des enfants ou d’accueil en présence des enfants |
| **[ ]**  | L’aménagement des lieux et de l’offre à destination des jeunes enfants et de leurs parents pour favoriser l’éveil culturel et artistique des tout-petits, notamment des plus défavorisés |
| **[ ]**  | La place du père ou de second parent dans le parcours des 1000 premiers jours |

**Description du projet**

|  |
| --- |
| **ANALYSE DES BESOINS (maximum ½ page)**Contexte, état des lieux, données de santé *(sources)*, ancrage territorial *(contribution à l’amélioration du maillage territorial)*, diagnostic local *(données, besoins de la communauté, etc.)* |
|  |

|  |
| --- |
| **OBJECTIF(S) DU PROJET** |
|  |

|  |
| --- |
| **DESCRIPTION SYNTHÉTIQUE DU PROJET (maximum 2 pages)**Action(s) proposée(s), modalités d’intervention, intervenants *(qualification, expérience)*, communication, etc. |
|  |

|  |
| --- |
| **POPULATION CIBLE** |
| [ ]  Femmes[ ]  Mères[ ]  Pères | [ ]  Couples[ ]  Familles monoparentales[ ]  Second parend | [ ]  Enfants[ ]  Professionnels de la petite enfance[ ]  Personnes sous main de justice |
| [ ]  Autres (préciser) :       |

|  |
| --- |
| **ESTIMATION DU NOMBRE DE PERSONNES BENEFICIAIRES DE L’ACTION** |
|  |

|  |
| --- |
| **PARTENARIATS ENVISAGES** |
|  |

|  |
| --- |
| **TERRITOIRE CONCERNÉ PAR L’ACTION** |
|  |

|  |
| --- |
| **CALENDRIER ET PLAN D’ACTION** |
|  |

|  |
| --- |
| **MODALITÉS D’ÉVALUATION ENVISAGÉES**Indicateurs, modalités de recueil, calendrier de recueil, cibles attendus |
|  |

**Budget prévisionnel et financement**

**Justifiez le budget demandé***(maximum 1 page)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Répartition et détail du budget demandé****pour la mise en œuvre du projet** | **Montant total** |
|  |  |
| **Moyens humains** (détaillez, nombre d’ETP, nombre de professionnels) |  |
| **Prestataire externe (SVP, joindre le devis)** |  |
| **Moyens matériels** (détaillez) |  |
|  |  |
| **Communication** (détaillez) |  |
|  |  |
| **Evaluation** (détaillez) |  |
|  |  |
| **Autres**  |  |
|  |  |
| **MONTANT TOTAL DU BUDGET DE L’ACTION** |  |
| **MONTANT DEMANDE DANS LE CADREDE L’APPEL A PROJET** |  |

|  |
| --- |
| **Co-financements du projet*** Autres financements (demandés, obtenus, prévus), y compris les financements propres
* Préciser les montants et les noms des organismes financeurs
* Pour les projets d’amplification d’un action existante, ou d’extension territoriale d’une expérimentation, préciser les financements actuels
 |
| **Nom de l’organisme** | **Montant demandé** | **Montant obtenu** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Engagement et signature**

|  |
| --- |
| **NOM DE L’ORGANISME BÉNÉFICIAIRE DE LA SUBVENTION** |
|  |

|  |
| --- |
| **RÉFÉRENCES BANCAIRES (joindre un RIB)** |
| **Nom du titulaire du compte** |  |
| **Banque** |  |
| **Domiciliation** |  |
| **N° IBAN** |  |
| **BIC** |  |

**Je soussigné(e),**

**[ ]  Représentant légal**

**[ ]  Personne dûment habilitée**

*(Cette personne est soit le représentant légal de l’organisme, soit toute autre personne dûment habilitée et bénéficiant d’une délégation de pouvoir ou de signature établie par le représentant légal. En cas de délégation de pouvoir ou de signature, joindre la copie de la délégation)*

Fait à      , le

|  |
| --- |
|  |
| ***Signature et cachet de l’organisme*** |

**Cette fiche est à renseigner dans son intégralité et à adresser à****ars-pdl-dspe-pads-subv@ars.sante.fr** **au plus tard le 13 août 2021, 16h**