**Appel à manifestation d’intérêt**

**Portage de la Maison des adolescents du Maine et Loire**

**Dossier de candidature**

**COORDONNÉES DU PORTEUR**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Personne en charge**  **du projet (nom, prénom, fonction)** |  | | |
| **Téléphone** |  | **Mail** |  |

**DESCRIPTION DU PROJET**

|  |
| --- |
| **Argumentaire sur la cohérence du portage (expertise, connaissance du territoire et du public)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Eléments de connaissance des problématiques du territoire en matière de santé** |
|  |

|  |
| --- |
| **Inscription du porteur dans la Politique régionale de santé et les dynamiques « santé » du territoire** |
|  |

|  |
| --- |
| **Description des bénéfices attendus par ce nouveau portage** |
|  |

|  |
| --- |
| **Description des modalités concrètes de reprise de l’activité (calendrier de reprise, gouvernance et organisation envisagées, évolution des conventions collectives, partenariats à re-formaliser, démarche qualité, formation des professionnels)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Evolutions envisagées (RH, locaux, déploiement territorial, partenariat, gestion financière etc.)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Modalités de suivi et évaluation** |
|  |

|  |
| --- |
| **Financement (moyens actuels et complémentaires)** |
|  |

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

**et à adresser à ars-dt49-contact@ars.sante.fr**

**au plus tard le 31 août 2022 à 16 heures**