**Dossier de candidature**

**-**

**Appel à projets régional**

**Fonds de lutte contre le tabac**

**Dossier de candidature**

**Appel à projets régional de lutte contre le tabagisme**

**Sommaire**

Partie I :

Fiche d’identité du projet…………………………………………………………………………………………………………..2

[Résumé du projet………………………………………………………………………………………………………………………3](#_Toc499142479)

[Mots clés…………………………………………………………………………………………………………………………………...3](#_Toc499142480)

Partie II :

[Description du Projet…………………………………………………………………………………………………………………3](#_Toc499142482)

[Objectifs.……………………………………………………………………………………………………………………………………4](#_Toc499142483)

[Populations cibles………………………………………………………………………………………………………………………5](#_Toc499142484)

[Modalités de réalisation du projet ………………………………………………………………………………………](#_Toc499142485)…………………………………………………..………5

[Calendrier et étapes clés du projet…………………………………………………………………………………………….6](#_Toc499142486)

[Evaluation duprojet…………………………………………………………………………………………………………………..7](#_Toc499142487)

[Budget prévisionnel et financement………………………………………………………………………………………..…7](#_Toc499142488)

# Partie I : Fiche d’identité du projet

|  |
| --- |
| **Titre du projet :**  |
| Structure(s) porteuse(s) du projet et bénéficiaire de la subvention |  |
| Coordinateur du projet Nom, prénomCompétences et expériences |  |
| Montant de la subvention demandée* En 2018
* sur la totalité du projet
 |  |
| Axes de l’appel à projet |  ***(plusieurs choix possibles)***❒ Protéger les jeunes et éviter l’entrée dans le tabagisme❒ Aider les fumeurs à s’arrêter❒ Réduction des inégalités sociales de santé en matière de tabagisme |
| Type d’action | ❒ Nouvelle action ou programme d’actions❒ Amplification d’un programme d’action ou d’une action existante |
| Durée prévue projet  *(préciser- 1 à 3 ans)* |  |

## Partenaire (s) impliqué (s) dans la mise en œuvre du projet

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom du partenaire** | **Téléphone****E-mail** |  **Nom de l’organisme** | **fonction** |
| **Partenaire 1****Nom prénom :** |  |  |  |
| **Partenaire 2****Nom prénom :** |  |  |  |
| **Partenaire 3****Nom prénom :** |  |  |  |
| **Partenaire 4****Nom prénom :** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## Résumé du projet

|  |
| --- |
| **Résumé du projet** (*Max. 2500 caractères espaces compris)* |
| * Contexte
* Objectifs du projet et brève description des méthodes qui seront employées pour les atteindre
* Résultats attendus
 |

##

## Mots clés

|  |  |
| --- | --- |
| **Mots clefs :**  |  |

# Partie II : Description du projet

## Description du Projet

|  |
| --- |
| **Décrire le contexte général du projet** (maximum *½* page) : besoins de santé identifiés, articulation avec l’existant… |
|  |

|  |
| --- |
| **Décrire les études ou les dispositifs qui concluent à l’efficacité de ce type action**(maximum *½* page)**:** études publiées, parangonnage, littérature grise …  |
|  |

## Objectifs

|  |
| --- |
| **Objectif général du projet** |
|  |

|  |
| --- |
| **Objectifs spécifiques :** **Pour chaque objectif spécifique décrire la ou les actions (= objectif opérationnel) pour y arriver** |
| Objectif spécifique n° 1 et action(s) |
| Objectif spécifique n° 2 et action(s) |
| Objectif spécifique n° 3 et action(s) |
| Etc |

## Populations cibles

(Caractéristiques sociales, nombre, âge, sexe)

## Modalités de réalisation du projet

|  |
| --- |
| **Description détaillée** (*maximum 1 page)** **de la stratégie d’intervention**
 |
|  |

|  |
| --- |
| **Description détaillée** *(maximum ½ page*)* **de la gouvernance/pilotage du projet (incluant les articulations régionales et nationales)**
 |
|  |

|  |
| --- |
| **Description des moyens humains et/ou des structures sur lesquels s’appuie le projet** (*maximum ½ page)* |
|  |

|  |
| --- |
| **Description des moyens matériels nécessaires pour le projet**  (*maximum ½ page*) |
|  |

|  |
| --- |
| **Résultats attendus et impact visé** (*maximum 1 page).* |
|  |

|  |
| --- |
| **Modalités de suivi de la réalisation du projet** : points d’informations, rapports intermédiaires, bilans annuels…. (*maximum ½ page)* |
|  |

|  |
| --- |
| **Valorisation et perspectives du projet** (*maximum 1 page*) : * **après sa réalisation : quelle pérennisation/quelles perspectives pour le projet ?**
* **en terme de communication** (public, médias …)
 |
|  |

## Calendrier et étapes clés du projet

Adéquation du calendrier proposé au regard des objectifs du projet

|  |  |
| --- | --- |
| **Etapes**  | **Description** (*maximum 1 page*) |
| 2018 |  |
| 2019 |  |
| 2020 |  |

#

## Evaluation du projet :

Les modalités et moyens d’évaluation des projets doivent être décrits.

|  |
| --- |
| **Méthodes d’évaluation**Préciser lesIndicateurs de processus et de résultats, décrire la/les méthode(s) et les critères d’évaluation (*maximum 1 page)* |
|  |

## Budget prévisionnel et financement

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Répartition et détail du budget demandé sur le Fonds de lutte contre le tabac pour la mise en œuvre du projet** | **Montants** |
|  ***Moyens humains (détaillez)*** |  |
|  ***Moyens matériels détaillez)*** |  |
|  ***Communication (détaillez)*** |  |
|  ***Evaluation (détaillez)*** |  |
| ***Autres*** |  |
| **Total du budget demandé sur le fonds** |  |

 |

|  |
| --- |
| **Co-financements du projet**  |
| * **Autres financements (demandés, obtenus, prévus)**
* **Préciser les montants et les noms des organismes financeurs**

**Pour les projets d’amplification d’une action existante, ou d’extension territoriale d’une expérimentation, préciser les financements actuels.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom de l’organisme** | **Montant demandé** |  **Montant obtenu** |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |

**Engagements et signatures**

|  |
| --- |
| **Nom de l’organisme bénéficiaire de la subvention :****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |
| **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 délégation)** **Conformément aux critères d’éligibilité du cahier des charges permettant le financement d’actions nationales portées par des acteurs de la société civile dans le cadre du fonds de lutte contre le tabac, certifie que l’organisme ……………………… n’a aucun lien avec l’industrie du tabac**

**Date Cachet de l’organisme ET Signature** |