****

**DEMANDE DE SUBVENTION**

**ANNEXE DE LA FICHE 3.1**

**APPEL A PROJETS SPORT SANTE BIEN-ETRE 2017**

**Intitulé de l’action :**

**I – IDENTIFICATION**

**Nom de la structure :** **Département :**

**Statut juridique :**

**II. ETAT DES LIEUX**

**Présentation de l’état des lieux ayant permis de dégager une problématique et des besoins justifiant la mise en place de l’action :**

**Nature de l’action :**

❑ animation : ❑ séances individuelles

❑ séances collectives

❑ séance spécifique (ex : public atteint d’obésité)

❑ séance mixte (ex : accueil dans un même groupe d’individus sains en recherche d’entretien de son capital santé et de personnes atteintes d’une maladie chronique en recherche de stabilité de leur état de santé)

❑ intervention dans les lieux de vie (ex : entreprise, école, EHPAD…)

❑ cycle d’activité à l’année

❑ atelier/programme (ex : programme de 12 séances à raison d’une séance hebdomadaire)

❑ autres, précisez :

❑ éducation

❑ information-sensibilisation : ❑ ateliers découverte d’une ou plusieurs activités physiques

❑ autres, précisez :

**Description précise du public cible, du nombre estimé attendu et des modalités d’accès à ce public :**

**Légitimité du porteur de projet : expériences déjà menées, compétences et capacités à mettre en œuvre le projet (ressources affectées autres que financières)**

**III. TERRITOIRE DE REALISATION**

**Le territoire de réalisation de l’action se situe (précisez) :**

***(pour tout périmètre au-delà d’une commune, indiquez précisément la zone d’intervention)***

**Toute ou partie du territoire compte :** ❑ **un(des) Atelier(s) Santé Ville (ASV) – préciser**

❑ **un(des) Contrat Local(aux) de Santé (CLS) – préciser**

❑ **un QPV - préciser**

❑ **une ZRR - préciser**

**IV. COORDINATION ET ENCADREMENT DU PROJET**

**Partenariat(s) mobilisé(s) – précisez fonction, rôle, expertise et nature du partenariat engagé :**

**Ce partenariat s’est-il traduit par une convention ou tout autre document officialisant celui-ci ?**

❑ **oui** ***(transmettre copie du document)***

❑ **non**

**Travail en réseau :** ❑ **non**

❑ **oui :** ❑ **avec un réseau issu du domaine du sport**

 ❑ **avec un réseau issu du domaine de la santé**

 ❑ **avec un réseau issu du domaine du social**

 ❑ **avec un réseau issu du domaine de l’éducation**

**Descriptif des modalités de suivi et de coordination de l’action :**

**Composition de l’équipe d’encadrement :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom prénom de l’éducateur** | **Statut (salarié, bénévole, prestataire, mis à disposition par un GE…)** | **Activité encadrée** | **Diplômes** | **N° carte professionnelle (si rémunéré)** | **Temps consacré à l’action (moyenne hebdomadaire ou mensuelle)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**V. SUIVI ET EVALUATION**

**Indicateurs d’évaluation choisis pour l’action (ex : mesure de l’augmentation du niveau habituel d’activités physiques) :**

**Moyens utilisés :**

⮱ **Matériels :**

⮱ **Communication (précisez notamment si appui sur les campagnes et/ou actions locales d’information, d’éducation et de promotion de la santé) :**