**FONDS DE LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS**

**2020**

**Dossier de candidature**

**Partie I** **2**

Fiche d’identité du projet 2

Partenaires impliqués 3

**Partie II** **4**

Description du projet 4

Objectifs 5

Populations cibles 6

Modalités de réalisation du projet 7

Calendrier et étapes clés du projet 9

Evaluation du projet 9

Budget prévisionnel et financement 10

**Engagements et signature** **11**

**Partie I**

**Fiche d’identité du projet**

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre du projet** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Structure(s) porteuse(s) de l’action et bénéficiaire de l’action** |  |
| **Adresse postale** |  |
| **N° Siret** |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Montant de la subvention demande** | |
| **En 2020** |  |
| **Sur la totalité du projet** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Axes du cahier des charges**  *(plusieurs choix possibles)* | Protéger les jeunes et éviter l’entrée dans le tabagisme et dans la consommation d’autres substances psycho actives  Aider les fumeurs à s’arrêter/réduire les risques et dommages liés aux consommations de substances psycho actives  Amplifier certaines actions auprès de publics prioritaires dans une volonté de réduire les inégalités sociales de santé  Développer la démarche LSST |

|  |  |
| --- | --- |
| **Type d’action** | Nouvelle action ou programme d’actions  Amplification d’un programme d’actions ou d’une action existante |

|  |  |
| --- | --- |
| **Durée prévue du projet**  **(préciser : 1 à 3 ans)** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Partenaire(s) impliqué(s) dans la mise en œuvre du projet** | | | | | |
|  | Nom et prénom du partenaire | Téléphone | Courriel | Nom de l’organisme | Fonction |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

**Partie II**

**Description du projet**

|  |
| --- |
| **Analyse des besoins** (maximum ½ page) : ancrage territorial (contribution à l’amélioration du maillage territorial), diagnostic local (données, besoins de la communauté, etc.), |
|  |

|  |
| --- |
| Décrire les études ou les dispositifs qui concluent à l’efficacité de ce type d’action (maximum ½ page) : études publiées, 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 | Action(s) |
|  |  |
| Objectif spécifique n° 2 | Action(s) |
|  |  |
| Objectif spécifique n° 3 | Action(s) |
|  |  |
| Objectif spécifique n° … | Action(s) |
|  |  |
| Objectif spécifique n° … | Action(s) |
|  |  |

**Populations cibles**

|  |
| --- |
| **Caractéristiques sociales, nombre, âge, sexe** |
| **Actions auprès du public**  Jeunes  Si oui, précisez la tranche d’âge :  Si pertinent, précisez le niveau scolaire :  Primaire  Collège  Lycée général ou technologique  Lycée professionnel  CFA  Enseignement supérieur  Jeunes relevant de l’ASE  Jeunes relevant de la PJJ  Femmes enceintes  Personnes en situation de handicap (précisez)  Personnes atteintes de maladies chroniques  dont pathologie psychiatrique chronique  Publics socialement défavorisés  Si oui, précisez :  Personnes en recherche d’emploi  Personnes bénéficiaires au RSA/CMU-c/ACS  Personnes sans domicile fixe  Personnes détenues ou placées sous-main de justice  Autre, détaillez :  **Actions auprès des professionnels accompagnant ce public cible**  Professionnels de santé  Professionnels de la petite enfance et de l’éducation  Etudiants des filières santé  Autre type de public cible, détaillez |

**Modalités de réalisation du projet**

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

|  |
| --- |
| **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 1page)* | |
| **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** détaillée de la stratégie d’intervention *(maximum 1 page)* |
| **2020** |  |
| **2021** |  |
| **2022** |  |

**Evaluation du projet**

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

|  |
| --- |
| **Méthodes d’évaluation** : préciser les indicateurs 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 les addictions pour la mise en œuvre du projet** | **Montant 2020** | **Montant 2021** | **Montant 2022** | **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** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **TOTAL DU BUDGET DEMANDE 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’un action existante, ou d’extension territoriale d’une expérimentation, préciser les financements actuels | | |
| **Nom de l’organisme** | **Montant demandé** | **Montant obtenu** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Engagements et signature**

|  |
| --- |
| **Nom de l’organisme bénéficiaire de la subvention** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Référence bancaire** *(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 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 les addictions, certifie que l’organisme** **n’a aucun lien avec l’industrie du tabac et/ou les opérateurs d’offre d’alcool ou de cannabis.**

**Fait à** **, le**

**Cachet de l’organisme ET signature**