**demande de subvention**

**ARS de Normandie**

**2025**

**SEMAINE NATIONALE DE PROMOTION DE LA SANTE SEXUELLE**

2012

**ATTENTION : NOUS VOUS DEMANDONS DE NE PAS MODIFIER LE CADRE INITIAL DE CE DOCUMENT**

**Porteur de l’action :**

**Action nouvelle**

**Action reconduite**

* a été financée par l’ARS
* autre financement

###### Identification du projet

**Intitulé de l’action :**

**Cette action s’inscrit dans quel(s) territoire(s) :**

Territoire de santé de l'Orne

Territoire de santé de la Manche

Territoire de santé du Calvados

Territoire de santé du Havre

Territoire de santé de Dieppe

Territoire de santé de Rouen-Elbeuf

Territoire de santé de l’Eure

###### I. Promoteur du projet

**I. 1**

###### Nom du promoteur :

N° Siret (attribué par l’INSEE) :

*(Obligatoire pour l’obtention d’une subvention publique)*

Adresse (du siège social si vous êtes une association) :

Code postal :       Commune :

Tél. :

Mail :

Site internet :

Adresse du correspondant, si différente du siège :

Code postal :       Commune :

Association loi 1901  Autres (Fondation, GIP, …)

Préciser le statut :

Nombre d’adhérents :       Montant annuel de la cotisation :

Y-a-t-il des adhérents personnes morales ? :

Si oui, lesquels :

Union, Fédération ou réseau auquel est affilié le promoteur :

**Identification du responsable légal :**

Nom – prénom :

Qualité (Président, …) :

**Identification de la personne chargée du projet :**

Nom – prénom :

Qualité (Président, …) :

Tél. :       Télécopie :

Mail :

**Identités et adresses des structures relevant du secteur marchand avec lesquelles l’association est liée :**

###### II. Description de l’action

**Personne responsable de l’action :**

Nom :       Prénom :

Fonction :

Téléphone :       Courriel :

**Objectif général de l’action**(But poursuivi, résultat souhaité) **:**

**Objectifs opérationnels quantifiés**(Déclinaison de l’objectif général en termes plus précis et chiffrés ou évaluables) **:**

**Indicateurs et méthode d’évaluation prévus :**

Indicateurs qualitatifs :

Indicateurs quantitatifs :

Méthode d’évaluation :

**Portée territoriale de l’action :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dans quelles agglomérations, ou communes ou quartiers ? | Quels sont les lieux d’intervention (établissement scolaire, hôpital, centre social…) | Pourquoi cette zone ? |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Public cible de l’action

* Sexe :
* Nombre de personnes concernées par l’action :

Nourrissons (0-2ans)

Enfants (2-9ans)

Adolescents (10-16ans)

Jeunes (16-25 ans)

Adulte

Personnes de + de 55 ans

Chômeurs

Etudiants-apprentis

Femmes enceintes

Gens du voyage

Habitants

Homosexuels

Parents

Patients

Personnes en situation de handicap

Personnes immigrées

Personnes sous main de justice

Personnes en difficulté socio-économique

Personnes sans domicile fixe

Usagers de drogues

Professionnels de santé

Professionnels du social

Professionnel de l’éducation

Personnes relais/pairs

Aidants

Bénévoles

Autre - Précisez :

**Comment et pourquoi s’est fait le choix de cette cible ?**

**Comment la population cible est-elle associée au projet ?**

**Précisez les outils utilisés (outils santé publique France, ARS, création d’outils spécifiques …)**

**Moyens de communication sur l’action :**

**Moyens humains :**

Equipe de travail mobilisée sur ce projet :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Qualification | Nombre | ETP | Statut\* | Intervention à quelle phase de l’action ? |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* : S = salarié ; B = Bénévole ; M = Mise à disposition

**Partenariats :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Organisme | Qualification et compétences des intervenants | Rôle effectif dans l’action | Intervention à quelle phase de l’action ? \* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**\***: participation à un groupe de travail en amont de l’action, conseils méthodologiques, interventions durant l’action….

###### III. Attestation sur l’honneur

**III. 1**

**Cette fiche doit obligatoirement être remplie pour toute demande** (initiale ou renouvellement) **quel que soit le montant de la subvention sollicitée.** Si le signataire n’est pas le représentant légal de l’association, joindre le pouvoir lui permettant d’engager celle-ci.

**N’oubliez pas de joindre le compte rendu financier de l’année 2024 et le budget prévisionnel 2025**

Je soussigné(e), (nom et prénom),

représentant(e) légal(e) de l’association,

- certifie que l’association est régulièrement déclarée

- certifie que l’association est en règle au regard de l’ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements correspondants ;

- certifie exactes et sincères les informations du présent dossier, notamment la mention de l’ensemble des demandes de subventions déposées auprès d’autres financeurs publics ainsi que l’approbation du budget par les instances statutaires ;

- demande une subvention de :       €

- précise que cette subvention, si elle est accordée, devra être versée au compte bancaire de l’association **(joindre obligatoirement un RIB)** :

Nom du **titulaire du compte** :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Code Banque** | **Code guichet** | **Numéro de Compte** | **Clé RIB** |
|  |  |  |  |

**IBAN - *Identifiant international de compte*:**

Joindre un RIB daté et signé

Fait, le       à

**Signature obligatoire**

**Attention**

Toute fausse déclaration est passible de peines d’emprisonnement et d’amendes prévues par les articles 441-6 et 441-7 du code pénal.

Le droit d’accès aux informations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés s’exerce auprès du service ou de l’Etablissement auprès duquel vous avez déposé votre dossier.