**Lettre d’intention**

**en vue du déploiement d’actions de promotion de la santé centrés sur l'activité physique auprès des personnes accueillies en établissements et services médico-sociaux :**

**Personnes en situation de handicap**

**Personnes en difficultés spécifiques**

Cette lettre d’intention a pour objectif de permettre de vérifier l’éligibilité de votre action à l’appel à manifestation d’intérêt.

**Titre du projet envisagé :**

**COORDONNEES DES STRUCTURES PARTENAIRES DU PROJET**

**1ère structure - structure porteuse du projet :**

**Nom du promoteur :**

Etablissement / Association :

Fonction :

Adresse :

Téléphone :

Adresse électronique :

**Nom du responsable du projet :**

Fonction :

Téléphone :

Adresse électronique :

**2ème structure - structure partenaire :**

**Nom du promoteur :**

Fonction :

Etablissement / Association :

Adresse :

Téléphone :

Adresse électronique :

**Nom du responsable du projet :**

Fonction :

Téléphone :

Adresse électronique :

**3ème structure – structure partenaire :**

**Nom du promoteur :**

Fonction :

Etablissement / Association :

Adresse :

Téléphone :

Adresse électronique :

**Nom du responsable du projet :**

Fonction :

Téléphone :

Adresse électronique :

**DESCRIPTION DU PROJET COMMUN**

**Composition de l’équipe projet :**

Nom/Prénom/structure/profil/contact des membres de l’équipe projet :

**Type(s) de diagnostic sur le(s)quel(s) s’appuie le projet ?** (plusieurs réponses possibles)

[ ]  Document institutionnel (préciser lequel) :

[ ]  Diagnostic épidémiologique (préciser la source) :

[ ]  Constats des acteurs du territoire (préciser lesquels) :

[ ]  Ressenti du porteur de projet (préciser lesquels) :

[ ]  Pas de diagnostic

**Objectif(s) :**

**Description brève du projet / des actions et modalités de mise en œuvre envisagées :**

**Public cible :**

**Territoire :**

**Durée du projet :**

**Méthodologies/outils prévus :**

**Compétences utilisées à l’interne :**

**Cout total du projet** :

Co-financement envisagé :

Montant de la subvention demandée :

**Liste des partenaires associés :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| OrganismeSi déjà identifié | Qualification et compétences des intervenants | Rôle effectif dans l’action | Intervention à quelle phase de l’action ?  | Cout prévisionnel de la prestation (si connu) |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |

**Annexes/Pièces jointes :**

Tous documents utiles venant en appui de la démarche engagée peuvent être joints au dossier de candidature (courriers d’engagement des partenaires, mobilisation préalable…) Indiquer la liste des documents joints :