

Direction régionale de santé publique

Section 1. Renseignements sur l'organisme demandeur

1.1 Identification de l'organisme

Nom de l'organisme demandeur	
Adresse complète de l'organisme	
Site Internet	
Nom de la personne responsable	Fonction
No de téléphone	No de poste
Adresse courriel	

1.2 Renseignements complémentaires sur l'organisme

Mission de l'organisme

Principales activités de l'organisme

Expérience et expertise de l'organisme en lien avec le projet proposé

Section 2. Présentation du projet

2.1 Identification du projet

Titre du projet

Objectif général du projet

Objectifs spécifiques du projet

Date de début du projet

Date de fin du projet

2.2 Cibles du projet

Problématique ciblée par le projet (*justifiez pourquoi*)

Population ciblée par le projet (*justifiez pourquoi*)

Territoire ciblé par le projet (*justifiez pourquoi*)

2.3 Plan d'action du projet

Objectif général :

Objectifs spécifiques*	Activités ou livrables prévus	Échéancier	Personne responsable	Indicateurs de résultats

* Il est à noter que le nombre d'objectifs spécifiques est variable selon les projets. De plus, le nombre d'activités pour répondre à chaque objectif spécifique est également tributaire des projets.

2.4 Partenaires du projet

Organisme partenaire	Type de soutien
Personne responsable	

Organisme partenaire	Type de soutien
Personne responsable	

Organisme partenaire	Type de soutien
Personne responsable	

2.5 Résultats du projet

Résultats attendus (*précisez les résultats escomptés par le projet*)

Stratégie de diffusion (*précisez comment seront partagés les résultats ou la démarche du projet*)

Considération des inégalités sociales de santé (*précisez comment le projet tiendra compte des ISS*)

Évaluation prévue (précisez comment seront mesurés les résultats du projet)

--

2.6 Budget du projet

Montant total demandé pour le projet

--

Justifiez le montant demandé pour le projet

--

Ventilation budgétaire – Année 1

	Montant de la mesure EFS	Montant des autres bailleurs de fonds (confirmés ou potentiels)		Montant total
		Nom :	Nom :	
Ressources humaines				
Achat de matériel ou d'équipement				
Frais de transport				
Communication				
Évaluation				
Frais administratifs				
Frais de gestion				
Autres :				
Total				

Ventilation budgétaire – Année 2 (si applicable)

	Montant de la mesure EFS	Montant des autres bailleurs de fonds (confirmés ou potentiels)		Montant total
		Nom :	Nom :	
Ressources humaines				
Achat de matériel ou d'équipement				
Frais de transport				
Communication				
Évaluation				
Frais administratifs				
Frais de gestion				
Autres :				
Total				

2.7 Autres commentaires (optionnel)

Section 3. Déclaration du requérant

Le signataire de la demande atteste que les renseignements fournis sont exacts.

Prénom et nom : _____
(en caractères d'imprimerie)

Signature : _____ Date : _____

Veuillez vous assurer que le formulaire est entièrement rempli et dûment signé.
Complémentairement à ce formulaire de soumission de projet, vous devez joindre les éléments suivants :

- Lettres d'appui provenant des partenaires qui collaboreront avec vous sur le projet.