



## ANNEXE 1 – AMI J’OSE MA SANTE

### I IDENTIFICATION DU PORTEUR DE PROJET

#### **La structure**

Nom de la structure : .....

Date de création : .....

Activité(s) principale(s) :  
.....

Statut juridique : .....

Nom des membres du Conseil d’administration : .....

Nombre d’adhérents si association : .....

N° SIRET : .....

Adresse du siège social :  
.....

Code Postal : .....

Ville : .....

Adresse locale (si différente)  
.....

#### **le représentant légal de la structure**

Civilité (case à cocher) :  Madame  Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Fonction : .....

Courriel : .....

N° téléphone .....

#### **le responsable du projet**

Civilité (case à cocher) :  Madame  Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Fonction : .....

Courriel : .....

N° téléphone .....

## II INFORMATIONS FINANCIERES

**Coordonnées bancaires** (joindre un RIB ou un RIP) :

Code banque	Code guichet	N° de compte bancaire	Clé RIB	Nom banque et ville

**Date et numéro du dernier récépissé délivré par la préfecture (association)**

.....

**Votre structure est-elle assujettie aux impôts commerciaux (T.V.A, I.S, T.P) ?**

oui, en totalité       oui, pour une partie de ses activités       non

**Votre association dispose-t-elle d'un commissaire aux comptes ? (association)**

oui       non

**Le conseil départemental a-t-il accordé une garantie d'emprunt à votre structure ?**

oui       non      Année : .....

**Autres partenaires financiers de de votre structure :**

	Partenaires	Montant demandé en 2024 en €	Montant obtenu en 2023 en €

## Budget de la structure

Charges		2023	2024	Produits		2023	2024
60	Achats			70	Ventes de produits finis , prestations de services, marchandises		
601	Achats de matière première						
602	Achats stockés						
604	Prestations de services						
605	Achat matériel						
606	Achats fournitures non stockées			71	Productions stockées		
607	Achats de marchandises			72	Productions immobilisées		
61	Charges externes			74	Subventions		
611	Sous-traitance générale			Ville de			
612	Crédit-bail						
613	Locations immobilières						
613	Locations mobilières						
614	Charges locatives			Communauté de Communes ou Urbaine de			
615	Entretien réparations						
616	Primes d'assurances						
617	Etudes et recherches						
618	Documentation générale et colloques						
62	Autres charges externes			Conseil Départemental			
621	Personnel extérieur à l'entreprise			Conseil Régional			
622	Rémunérations d'intermédiaires et honoraires			Etat			
623	Publications			Autres			
624	Transports et déplacement						
625	Voyages, missions et réceptions						
626	Frais de télécom et postaux						
627	Service bancaire						
628	Divers			75	Produits de gestion courante		
63	Impôts et taxes sur salaires			76	Produits financiers		
64	Salaires et charges			77	Produits exceptionnels		
65	Charges de gestion courante			78	Reprises sur amortissements. et provisions		
66	Charges financières			79	Transfert de charges		
67	Charges exceptionnelles						
68	Dotations aux amortissements et aux provisions						
69	Impôt sur société *						
<b>TOTAL CHARGES</b>				<b>TOTAL PRODUITS</b>			
<b>Emplois des contributions volontaires</b>				<b>Contributions volontaires en nature</b>			
Secours en nature, alimentaire, vestimentaires				Bénévolat			
Mise à disposition de biens(locaux, matériels)				Prestations en nature			
Prestations				Dons en nature			
Personnel bénévole							
<b>TOTAL</b>				<b>TOTAL</b>			

### III. VISION DETAILLEE DU PROJET

#### Quel projet

##### Sur quel thématique

- Sport-Santé
- Alimentation

##### Genèse du projet (contexte, origine(s), problématique(s)...):

.....

.....

.....

##### Présentation détaillée du projet et de ses objectifs :

.....

.....

.....

##### Quel public ? – Préciser le public bénéficiaire du projet et les modalités de sa mobilisation

.....

.....

##### Pour les malades – Décrire le parcours-patient ?

.....

.....

##### Territoire(s) concerné(s) par le projet (cases à cocher)

- Briey
- Longwy
- Lunévillois
- Grand Nancy
- Terres de Lorraine
- Val de Lorraine

##### Précisez-le(s) territoire(s) couvert(s) par le projet :

.....

##### Le caractère d'innovation du projet

##### Estimez-vous votre projet est innovant ?

- oui
- non

##### Si oui, qu'est-ce qui caractérise selon vous cette innovation ?

.....

.....

##### La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé

##### En quoi votre projet est de nature à réduire les inégalités sociales ou territoriale de santé ?

.....

.....

#### Actions et calendrier prévisionnel des différentes étapes du projet

##### Des partenaires opérationnels locaux sont-ils impliqués dans la mise en œuvre du projet ?

- oui
- non

**Si oui, lesquels ? Quels sont leurs rôles et compétences ?**

.....  
.....

**Des professionnels de santé sont-ils impliqués dans la mise en œuvre du projet ?**

- oui
- non

**Si oui, lesquels ? Quels sont leurs rôles et compétences ?**

.....  
.....

**Des professionnels du social et du médico-social sont-ils impliqués dans la mise en œuvre du projet ?**

- oui
- non

**Si oui, lesquels ? Quels sont leurs rôles et compétences ?**

.....  
.....

**Pour les actions de formation,  
Pourquoi envisager ce type de formation et dans quel objectif à terme ?**

.....  
.....

**Objectifs chiffrés du projet**

**Nombre d'ateliers prévus :** .....

**Nombre de séances par atelier :** .....

**Durée d'une séance (en heure ) :** .....

**Nombre total de séances sur l'ensemble du projet :** .....

**Nombre de bénéficiaires prévisionnels par atelier ou par action :**  
.....

**Nombre total de bénéficiaires sur l'ensemble du projet (6) :** .....

**Evaluation du projet**

**Méthodologie et moyens retenus pour évaluer le projet :**  
.....

**Indicateurs d'évaluation du projet (réalisation, résultats, impacts) :**  
.....  
.....

**Résultats attendus**  
.....  
.....

---

## IV. DEMANDE DE FINANCEMENT

### Nature du soutien sollicité (cases à cocher)

- Aide au démarrage/nouveau projet
- Aide au déploiement/projet existant

### Montant de la subvention sollicitée :

.....

Coût total du projet : .....

Plan de financement du projet :

Coût éventuel restant à la charge des bénéficiaires : .....

Souhaitez-vous ou avez-vous sollicité le soutien financier d'autres partenaires :

- oui
- non

Si oui, lesquels ? .....

Pour quels types de dépenses ? : .....

Pour quel montant ? : .....

Avez-vous déjà été subventionné par le Conseil départemental 54 ?

- oui
- non

Si oui, pour quel motif et par quel service ?

**Cf. Pièces complémentaires (autres annexes).**