

Fiche action Moi(s) sans tabac 2017 1 fiche par action

Document à retourner à : marion.vallarino@cres-paca.org et christophe.tonner@ars.sante.fr

Pour demande de financement : **A rendre avant le 01/09/2017.**

Organisme :

Nom :
.....
Sigle :
N° de SIRET (Obligatoire) :
Président (facultatif) :
Directeur (facultatif) :
Adresse postale :
.....
.....
Tél. :
Mail :
.....
Site internet :

Contact 1 (Obligatoire) :
Mail:
.....
Tél.:
Contact 2 :
Mail:
.....
Tél.:
Contact 3 :
Mail:
.....
Tél.:

Description de l'action envisagée pendant le Moi(s) sans tabac :

Titre de l'action :
.....

Septembre <input type="checkbox"/>	Formation/sensibilisation <input type="checkbox"/> Accompagnement méthodologique <input type="checkbox"/>
Octobre <input type="checkbox"/>	Actions locales <input type="checkbox"/>
Novembre <input type="checkbox"/>	Actions locales <input type="checkbox"/>

Date : du ___/___/2017 au ___/___/2017

Horaire : de ___h___ à ___h___

Lieu (adresse) :

Fréquence de l'action (cocher la réponse correspondante à votre action) :

- Ponctuelle (une action qui a lieu à une date précise (ex. une journée mondiale...))
- Répétitive (une même action ponctuelle répétée à des moments différents dans des lieux différents)
- Suivie (action sur une population, avec un suivi de cette population (ex. point écoute, atelier santé...))

Objectif(s) opérationnel(s) de l'action :

.....
.....
.....
.....

Description de l'action : Décrire l'action prévue le plus précisément possible

Publics ciblés :

- Personnes en situation de précarité
- Jeunes
- Femmes enceintes
- Femmes allaitantes
- Autres, préciser :

Nombre prévisionnel de personnes ciblées :

Portée de l'action (Cocher la case correspondante) :

- Communale
- Départementale
- Régionale
- Entreprise
- Autres, préciser :

Partenaires de l'action :
.....
.....

Outils utilisés (préciser le nombre) :

<input type="checkbox"/> Outils Santé publique France Commande :	<input type="checkbox"/> Affiches <input type="checkbox"/> Affiches avec bandeau de repiquage <input type="checkbox"/> Bâches	<input type="checkbox"/> Badges <input type="checkbox"/> Bannières digitales <input type="checkbox"/> Flyer <input type="checkbox"/> K-ways	<input type="checkbox"/> Oriflamme <input type="checkbox"/> Vidéos <input type="checkbox"/> Kits d'aide à l'arrêt ____
---	---	--	--

<input type="checkbox"/> Autre(s) outil(s)	<input type="checkbox"/> Autres, préciser :
--	---

Communication

Relations presse envisagées : Oui Non

Préciser :

Communication et valorisation de l'action envisagées : Oui Non

.....
.....

Budget

Demande de budget : Oui Non

Budget demandé (préciser):

Poste de dépenses	Montant (en €)

Total du budget demandé :

Co-financeur(s) sollicité(s) et pour quels montants :

Personne(s) contact(s) de la demande de subvention :

Idem Contact 1

Idem Contact 2

Idem Contact 3

Autre contact, préciser :

Nom(s), Prénom (s) :

Titre(s) :

Structure :

Adresse :

Tél :

Mail :

REMARQUES IMPORTANTES

A la fin du Mois sans tabac, nous vous demanderons de renseigner une **fiche bilan** afin d'évaluer votre/vos action(s).

Les demandes de financement seront examinées par l'équipe projet de Moi(s) sans tabac, composée de membres de l'ARS et du CRES. Les projets acceptés feront l'objet d'une convention avec le CRES PACA.