

Demande financement d'un projet

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom de l'association / du porteur de projet

Statut juridique

Etes-vous un professionnel de santé du 5ème ?

Etes-vous adhérent de la CPTS ?

Adresse

Mail - Téléphone

DESCRIPTION DU PROJET

Titre du projet

Description du projet

Objectif du projet (Pourquoi ce projet ? Vos motivations ?)

Public ciblé

Lieu de réalisation

Durée estimée du projet (Récurrence ? Période ?)

Intérêt du projet pour le territoire ?

Qu'attendez-vous de la CPTS ?

Avez-vous soumis le projet à d'autres CPTS ?

Votre projet est-il basé sur des éléments scientifiques ?

VOS BESOINS

Besoins financier

Budget total, restauration,
intervenant, déplacement...

Besoins humains

Intervenants, professionnels
de santé, logistique le jour J,
coordinateur...

Matériel

Vidéo-projecteur, tables,
chaises, documents
imprimés, affichages...

Locaux

Salle de la CPTS, autre
salle...

Autres sources de financement (obtenues ou sollicitées)

IMPACT ET SUIVI

Résultats attendus

Indicateurs de réussite

Comment le projet sera-t-il évalué ou suivi ?



6 rue Marie-Louise et
Anne-Marie Soucelier
69005 LYON



cptslyon5@gmail.com



06 62 79 88 61
06 58 72 40 08