

# 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



cptslslyon5@gmail.com



06 62 79 88 61  
06 58 72 40 08