**Annexe 1- Fiche Projet**

*NB : Chaque candidat doit compléter une fiche projet par territoire et par action*

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification du porteur de projets** : *(Adresse, téléphone, courriel)* |  |
| **Personne référente** :  *(Nom, fonction, téléphone, courriel)* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Territoire concerné :**  *(cf Annexe 2)* |  | **Commune(s) où se déroulera le projet** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Intitulé du projet :**  *Actions individuelles et/ou collectives à destination des proches aidants* |  |
| **Description du projet :**  ▪**Type d’action(s) selon la typologie du cahier des charges (article 3)**  ▪Objectif(s) de l’action  ▪Détail de l’action  ▪Profil des formateurs et/ou intervenants  (*Référentiel* selon *Circulaire DGCS/SD3/3A-Mesure 2/Annexe I du plan Alzheimer)* |  |
| **Décrire les modalités de mise en œuvre du projet et les modalités de repérage du public :**  ▪ Modalités de repérage du public  ▪ Moyens de communication  ▪ Nombre prévisionnel de participants  ▪ Solution de relayage proposée aux aidants. : partenariat (associations, professionnels…) |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **2021** |
| **Calendrier de réalisation :**  ▪ Date prévisionnelle de démarrage  ▪ Périodicité des séances  *(ex : 1 action =8 séances soit 1 séance toutes les semaines durant 2 mois)*  ▪ Durée d’une séance *(ex : 1h30)* |  |
| **Nombre total de séances :** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Moyens de transport mis à disposition des participants :** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Coût global prévisionnel du projet** *(joindre un budget détaillé en annexe)* |  | **Coût par action** |  | **Montant sollicité auprès de la CDC** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Observations complémentaires** |  |

**Annexe 2 - Liste des territoires d’intervention**