|  |
| --- |
| **FORMULAIRE DE RÉPONSE À L’APPEL À PROJETS :****Soutien à la formation pluriprofessionnelle sur le surpoids – obésité de l’enfant et de l’adolescent** *(Les réponses seront impérativement dactylographiées,* *les réponses manuscrites ne seront pas prises en compte)* |

**1. IDENTITÉ DU PORTEUR DE PROJET**

* **Structure porteuse du projet**

|  |  |
| --- | --- |
| **Raison sociale** |  |
| **Adresse** |  |
| **SIRET** |  |
| **SIRET du siège social** |  |
| **Statut juridique** |  |
| **Date de création** *(pas applicable aux établissements sanitaires)* |  |
| **Adresse** |  |
| **N° FINESS** *(si applicable)* |  |
| **Code APE** |  |
| **Site web** *(si existant)* |  |

* **Représentant légal de l’organisme**

|  |  |
| --- | --- |
| **Civilité** |  |
| **Prénom** |  |
| **NOM** |  |
| **Fonction** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Courriel** |  |

* **Personne de contact opérationnelle dans le cadre du projet**

*(si différente du représentant légal)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Civilité** |  |
| **Prénom** |  |
| **NOM** |  |
| **Fonction** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Courriel** |  |

**2. DESCRIPTIF DU PROJET**

|  |  |
| --- | --- |
| **Intitulé du projet***(court)* |  |
| **Territoire de déploiement du projet** |  |
| **Date de début du projet** |  |
| **Période de réalisation envisagée***(18 mois maximum)* |  |
| **S’agit-il d’un nouveau projet ?** *(oui / non)* |  |
| **Centre spécialisé de l’obésité (CSO) en partenariat sur la formation**  |  |

* **Objectif général du projet / résultat attendu**

*(2000 caractères maximum – le rédactionnel au-delà de cette limite ne sera pas pris en compte)*

|  |
| --- |
|  |

* **Objectif(s) opérationnel(s) pour atteindre ce résultat**

*(2000 caractères maximum – le rédactionnel au-delà de cette limite ne sera pas pris en compte)
NB : dans le cas d’un projet existant, détailler ici la* ***plus-value*** *de cette nouvelle phase du projet (apports concrets, etc.)*

**3. MOYENS MIS EN ŒUVRE AU SEIN DE LA STRUCTURE PORTEUSE**

* **Moyens matériels :**

*(300 caractères maximum : infrastructure, matériel, supports mobilisés, etc.)*

|  |
| --- |
|  |

* **Equipes pluriprofessionnelles portant le projet de formation : les projets doivent s’inscrire dans une dynamique pluriprofessionnelle associant a minima un médecin, un infirmier et/ou Puéricultrice et/ou IDE Asalee et/ou IPA, un pharmacien, un masseur kinésithérapeute et un diététicien)**

*(Merci de bien vouloir remplir le tableau de la manière suivante, et d’ajouter des lignes le cas échéant : colonne de gauche – type de professionnel de santé ; colonne de droite : nom et qualité du professionnel, ainsi que sa formation si nécessaire)*

|  |  |
| --- | --- |
| ***Médecin*** |  |
| ***IDE, Puéricultrice, IDE Asalée, IPA*** |  |
| ***Pharmacien*** |  |
| ***Masseur kinésithérapeute*** |  |
| ***Diététicien*** |  |

**4. ACTIONS**

* **Description détaillée de l'action**

*(2000 caractères maximum – le rédactionnel au-delà de cette limite ne sera pas pris en compte)*

|  |
| --- |
|  |

* **Formations individuelles prévues dans le projet**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom et Prénom** | **Profession** | **Thématique de la formation**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* **Formations collectives prévues dans le projet :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Modalité de la formation** | **Thématique de la formation** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* **Mesures d’évaluation des moyens et de l’atteinte des objectifs**

*(Compléter le tableau ci-dessous)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indicateurs de moyens** | **Résultats attendus** | **Outils d’évaluation** | **Personne(s) en charge (fonctions et coordonnées)** |
| Nombre total de sessions de formations collectives | Sessions de formations qui couvrent a minima les 4 thématiques (entretien motivationnel ; nutrition ; repérage du surpoids et de l’obésité de l’enfant et de l’adolescent ; prise en soins du surpoids et de l’obésité) | Programme des formations  |  |
| Nombre total de formations individuelles  |  | Intitulé des formations Inscription (DU, DIU, …)  |  |
| 3.  |  |  |  |
| 4.  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| *Exemple : nombre de réunions préparatoires à la mise en place du projet* | *Exemple : réunions régulières en vue de tenir l’objectif d’ouverture du dispositif* | *Exemple : composition des participants aux réunions, régularité, comptes-rendus (cf. feuille d’émargement)* | *Exemple : personne en charge de la réalisation opérationnelle du projet* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indicateurs de résultats** | **Résultats attendus** | **Outils d’évaluation** | **Personne(s) en charge (fonctions et coordonnées)** |
| Nombre total de professionnels formés  |  | Liste d’émargement |  |
| Nombre total de médecins formés  |  | Liste d’émargement |  |
| Nombre total d’IDE, puéricultrice, IDE Asalée, IPA formés  |  | Liste d’émargement |  |
| Nombre total de pharmaciens formés  |  | Liste d’émargement |  |
| Nombre total de diététiciens formés  |  | Liste d’émargement |  |
| Nombre total de masseurs kinésithérapeutes formés  |  | Liste d’émargement |  |
| *Exemple : nombre de médecins formé au repérage du surpoids et de l’obésité chez l’enfant*  | *Exemple : atteinte de la cible de xxx médecins formés*  | *Exemple : Liste d’émargement et satisfaction* | *Exemple : Personne en charge de la réalisation opérationnelle du projet* |

**5. PLAN DE FINANCEMENT**

* **Montant sollicité auprès de l’ARS**

|  |  |
| --- | --- |
| Montant total sollicité auprès de l’ARS sur la durée de réalisation du projet *(18 mois au maximum)* |  |

* **Co-financements *(si applicable)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Co-financeurs** | **Montants** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*Le budget prévisionnel du projet doit être complété en annexe 1 du présent formulaire.*

**6. PROJET A MOYEN TERME DE LA STRUCTURE SUR L’OBESITE**

* **Descriptif du projet envisagé à l’issue de la formation**

*(400 caractères maximum – le rédactionnel au-delà de cette limite ne sera pas pris en compte)*

**7. ATTESTATIONS SUR L’HONNEUR**

[ ]  **En cochant cette case, j’atteste sur l’honneur ne pas avoir présenté ce même projet dans le cadre d’une autre demande de subvention à l’ARS, que ce soit au niveau régional ou départemental (délégation territoriale).**

[ ]  **En cochant cette case, j’atteste sur l’honneur que les informations déclarées dans le dossier sont sincères et véritables et m’engage à rembourser les sommes indûment perçues en cas de non-respect de ces déclarations. Par ailleurs, je certifie ne pas aliéner sous quelque forme que ce soit, l’objet de la subvention.**

**8. PIÈCES JOINTES OBLIGATOIRES**

* **Pour tous les porteurs de projets, quel que soit leur statut juridique :**
* Le présent formulaire de réponse dument complété ;
* Le budget prévisionnel du projet présenté à l’équilibre, sur une année maximum *(cf. annexe 1)* ;
* Un relevé d’identité bancaire (RIB) à jour ;
* Les attestations sur l’honneur ;
* L’engagement du Président de la CPTS ou du Directeur de l’établissement de santé.
* **Pour les porteurs de projets CPTS s’ajoutent :**
* Les statuts de la CPTS ;
* Le projet obésité à moyen terme de la CPTS ;

**(NB : l’ARS Grand Est peut demander toute pièce ou information complémentaire de manière à orienter sa décision).**

**Le présent formulaire accompagné de toutes les pièces jointes**

**sont à envoyer à l’adresse suivante,**

**le 12 juin 2025:**

**ARS-GRANDEST-POLITIQUE-MEDICO-SOIGNANTE@ars.sante.fr**

**ANNEXE N°1 : BUDGET PRÉVISIONNEL DU PROJET *(SUR TOUTE LA DUREE DU PROJET)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CHARGES** | **Montant**  | **PRODUITS** | **Montant**  |
| CHARGES DIRECTES |  | RESSOURCES DIRECTES  |  |
| **60 – Achats** |  | **70 – Vente de produits finis, de marchandises, prestations de services** |  |
| Prestations de services |  | **74- Subventions d’exploitation[2]** |  |
| Achats matières et fournitures |  | Etat : préciser le(s) ministère(s) sollicité(s) |  |
| Autres fournitures |  | * ARS
 |  |
| **61 - Services extérieurs** |  | * Autres (à préciser)
 |  |
| Locations  |  | * Autres (à préciser)
 |  |
| Entretien et réparation |  | * Autres (à préciser)
 |  |
| Assurance |  | * Autres (à préciser)
 |  |
| Documentation |  | Région(s) : |  |
| **62 - Autres services extérieurs** |  | - Conseil régional … |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |  | Département(s) :       |  |
| Frais de gestion |  | - Conseil départemental / CEA |  |
| Publicité, publication |  | Intercommunalité(s) : EPCI |  |
| Déplacements, missions |  | -       |  |
| Frais postaux et téléphone |  | Commune(s) :       |  |
| **63 - Impôts et taxes** |  | - CCAS… |  |
| Impôts et taxes sur rémunération, |  | Organismes sociaux (détailler) : |  |
| Autres impôts et taxes |  | - Régime Local d'Assurance Maladie  |  |
| **64- Charges de personnel** |  | - CAF, CARSAT, CPAM, Mutualité… |  |
| Rémunération des personnels |  | Fonds européens |  |
| Charges sociales |  |  |  |
| Autres charges de personnel |  | Autres établissements publics |  |
|  |  | Aides privées  |  |
| **65- Autres charges de gestion courante****(à préciser)** |  | **75 - Autres produits de gestion courante** |  |
| **66- Charges financières****(à préciser)** |  | Dont cotisations, dons manuels ou legs |  |
| **67- Charges exceptionnelles****(à préciser)** |  | **76 - Produits financiers****(à préciser)** |  |
|  |  | **77 - Produits exceptionnels****(à préciser)** |  |
| **68- Dotation aux amortissements****(à préciser)** |  | **78 – Reprises sur amortissements et provisions** |  |
| CHARGES INDIRECTES |  |  |  |
| **Charges fixes de fonctionnement** |  |  |  |
| **Frais financiers** |  | Ressources propres |  |
| **Autres**  |  |  |  |
| **TOTAL DES CHARGES** |  | **TOTAL DES PRODUITS** |  |
| CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES |  |  |  |
| **86- Emplois des contributions volontaires en nature** |  | **87 - Contributions volontaires en nature** |  |
| 860 Secours en nature |  | 870 Bénévolat |  |
| 861 Mise à disposition gratuite de biens et prestations |  | 871 Prestations en nature |  |
| 862 Prestations |  |  |  |
| 864 Personnel bénévole |  | 875 Dons en nature |  |
| **TOTAL (total des charges + compte 86)** |  | **TOTAL (total des produits + compte 87)** |  |
| **CHARGES** | **Montant**  | **PRODUITS** | **Montant**  |

