

Appel à projets PDASR 2015

Cadre Réservé à l'Administration		Dossier N° _____
Date de réception:		Fiche thématique :
Date de réalisation:		Montant de la demande de Subvention :
Lieu de réalisation:		
<input type="checkbox"/> Accord	<input type="checkbox"/> Restreint	<input type="checkbox"/> Refus

DOSSIER À COMPLETER AFIN DE POUVOIR PRETENDRE À UNE SUBVENTION AU TITRE DU PDASR

Attention, TOUS les champs du dossier sont à renseigner.

DONNÉES ADMINISTRATIVES

Organisme

Nom de l'organisme

Sigle

Coordonnées du siège social

Adresse du siège social

Code Postal

Commune

Téléphone

Télécopieur

Courriel

Site internet

Compléments de présentation de l'organisme

Zone d'intervention de l'organisme Local Départemental National

(barrer les mentions inutiles)

Statuts et numéros identifiants

Statut de l'organisme

Numéro de SIRET (14 chiffres)

(Obligatoire)

Représentant légal de l'organisme

Civilité

Nom

Prénom

Fonction ou qualité

Téléphone (ligne directe)

Courriel

Identification de la personne chargée des dossiers de demande de subvention PDASR ! A remplir si différent représentant légal

Civilité

Nom

Prénom

Fonction ou qualité

Téléphone (ligne directe)

courriel

Objets & Activités

Objet de votre organisme

Activités principales réalisées

Complément d'informations

--

Documents à joindre

Nature	Demandeur concerné
RIB	TOUS
Statuts	Association
Devis	TOUS
Inscription en Préfecture	Association

Renseignements concernant les ressources humaines (uniquement pour les associations)

Nombre d'adhérents de l'association

Nombre de bénévoles

Nombre de volontaires

Nombre total de salariés (en équivalent temps plein travaillé)

Cumul des cinq salaires annuels bruts les plus élevés

TITRE

Intitulé du projet

Coordonnées du référent technique, personne responsable du projet

Civilité

Nom

Prénom

Fonction

Téléphone direct

Courriel

Autre référent technique

Civilité

Nom

Prénom

Fonction

Téléphone direct

Courriel

Financement des années précédentes

Situation du projet	Nouvelle action (barrer la mention inutile)	Renouvellement (barrer la mention inutile)
Ce projet a-t-il déjà bénéficié d'un financement de l'État?	OUI	NON
Si oui un compte rendu d'évaluation a-t-il été transmis à la DDTM-Nord	OUI	NON

Plan départemental d'actions de sécurité routière 2015

Enjeu(x) du document général d'orientations(DGO)

Nationaux:

- L'alcool et les conduites addictives
- La vitesse,
- Les jeunes de moins de 25 ans
- Les deux roues motorisés.

Locaux:

- Les usagers vulnérables en agglomération (piétons-cyclistes)
- Le risque routier professionnel.
- Les « distracteurs » (téléphone, GPS, Vidéo,...)

Choix de la fiche thématique Concernée.

- Sécurité des séniors
- Les piétons
- Les deux roues motorisés

Présentation du projet

A quel(s) besoin(s) cela répond-il?

Qui a identifié ce besoin (l'association, les usagers,..)

Objectifs du projet

Quels sont les objectifs de votre projet?

Géolocalisation du projet

Quel est le rayon d'action de votre projet?

Communal Intercommunal
(barrer les mentions inutiles)

Sur quelle(s)commune(s) allez-vous mener votre action?

Public bénéficiaire, population concernée par le projet
Décrivez succinctement la population de votre action

Nombre et âge (prévision)

0-5 ans	6-9 ans	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75 ans et +	Total

Le public a-t-il participé à l'élaboration de ce projet? OUI NON

Précisez pourquoi

Le public va-t-il participer à la mise en œuvre du projet? OUI NON

Précisez comment

Le public va-t-il participer à l'évaluation de l'action? OUI NON

Précisez comment

Actions & étapes d'intervention

Quels types d'actions prévoyez-vous de réaliser?

Comment allez-vous intervenir?

Contenu	Outils	Intervenants	Calendrier

Dates et durée prévues du projet : Maximum 16 octobre 2015

Date de REALISATION prévue

Durée de l'action

Partenaires acquis ou souhaités du projet

Partenaire	Tél.	Nom	Fonction	Acquis/souhaité	Type partenariat

Comité de suivi ou de pilotage

Avez-vous prévu un comité de suivi et/ou de pilotage du projet?

Liste des membres du comité

Organisme	Adresse	Cp	Ville	Tél.	Email	Nom	Fonction

Avez-vous prévu de communiquer sur votre action ?

Si oui,détaillez les éléments de votre communication

Objectif	Population	Communication	Support	Action

Évaluation du projet

Quand prévoyez-vous de réaliser une évaluation?

Pourquoi?

Quel type d'évaluation allez-vous réaliser?

En quoi consistera-t-elle?

Objet de l'évaluation	Indicateurs retenus	Outils	Résultat
Comparaison des objectifs prévus et des résultats obtenus			
Identification et analyse des effets inattendus de l'action			

Budget prévisionnel de l'action

Coût global de l'action, budget demandé au PDASR, partenaires financiers.

Présentation des **DEVIS obligatoires** cf annexe

DEPENSES		RECETTES	
Intervenants:		Subvention PDASR 2014:	
Matériels:		Autres subventions	
Autres:			
Total:		€ Total:	€

Autre dispositif sollicité

Avez-vous déposé ce même projet dans le cadre d'un autre dispositif de financement?

Si oui, lequel et pour quel montant?

Organisme	Montant de financement demandé

Je soussigné(e)

Certifie que l'organisme est régulièrement déclaré

OUI NON
(barrer la mention inutile)

Certifie que l'organisme est en règle au regard de l'ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements correspondants

OUI NON
(barrer la mention inutile)

Certifie exactes et sincères les informations du présent dossier, notamment la mention de l'ensemble des demandes de subventions déposées auprès d'autres financeurs publics

OUI NON
(barrer la mention inutile)

Demande une subvention de €
(Attention la subvention ne peut excéder 50% du montant total de l'action)

Précise que cette subvention, si elle est accordée, devra être versée au compte bancaire de l'organisme

OUI NON
(barrer la mention inutile)

Fait à _____, le _____

Nous reconnaissons avoir pris connaissance du règlement et en acceptons les dispositions sans restrictions, ni réserve

Nom, Prénom et Qualité du Signataire:

Signature et tampon :

ANNEXE

Joindre les **devis détaillés** de chaque poste de dépenses

DEPENSES		RECETTES	
Intervenants		Subvention PDASR	
-			
-			
-			
-			
-			
		Autre Subvention	
Matériels			
-			
-			
-			
-			
-			
Autres			
-			
-			
-			
-			
-			
TOTAL		TOTAL	

