**ANNEXE 2**

**FICHE DE CANDIDATURE**

**Présentation du candidat**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’organisme candidat  |  |
| Statut (association, fondation, société, etc.)  |  |
| Finess Juridique  |  |
| Date de création  |  |
| Le cas échéant, reconnaissance d’utilité publique |  |
| Président(e) |  |
| Directeur(rice) |  |

**Personne à contacter dans le cadre de l’AAP**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom  |  | Prénom |  |
| Téléphone |  |  |  |
| Email |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Siège social (si différent) |  |

**Projet proposé**

|  |  |
| --- | --- |
| Public accueilli  |  |
| Age du public  |  |
| Localisation du projet  |  |
| Capacités installées  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Synthèse du projet |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Le cas échéant, si adossement à un ESMS, précisez l’établissement ou le service concerné  |  |
| ainsi que son finess géographique  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Compétence dans le domaine des personnes à difficultés spécifiques |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Equipe proposée  |  |
| Partenariats envisagés  |  |

**Calendrier de mise en œuvre**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date prévue de mise en service | JJ/MM/AAAA |  |  |
| Travaux prévus | O/N | Si OUI durée des travaux |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Précisez l’adresse :  |  |

**Financement du projet**

**Budget partiel (à la date de mise en œuvre)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Groupe I | € |  |  |
|  Groupe II | € | dont rémunérations | € |
| Groupe III | € |  |  |
| **Budget total** | € |  |  |

**Budget en année pleine**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Groupe I | € |  |  |
|  Groupe II | € | dont rémunérations | € |
| Groupe III | € |  |  |
| **Budget total** | € |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Co-financement proposé dans le cadre de ce projet | O/N |
| Si OUI montant alloué | € |

**Personnel**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre d’agents total |  |
| Nombre de ETP total |  |
|  |  |
| Montant du CTI en année pleine | € |

(183euros )