|  |
| --- |
| Réservé à l’administration : N° |

APPEL A INITIATIVES

L’un est l’autre

2025 – 2026

Dossier de candidature à l’appel à initiatives

|  |
| --- |
| **Clôture des dépôts : 30 août 2024**A renvoyer au Département de la Gironde par voie électronique à l’adresse suivante :dgac-dc-mediation@gironde.fr  |



**1- Les porteurs du projet**

Partenaire(s) artistique(s) et culturel(s) professionnel(s) :

Nom de l’association :

Site internet :

Représentée par son ou sa Président(e) :

Nom et prénom

Adresse

Téléphone

Courriel :

Numéro de SIRET :

Référent du projet :

Nom et prénom :

Fonction :

Téléphone :

Courriel :

Démarches de création artistique et de médiation à destination des publics fragilisés :

**Avez-vous déjà répondu aux appels à projets suivants ?**

***Temps mêlés* : oui non**

***L’un est l’autre* :** **oui** **non**

**Si oui, veuillez préciser les années de votre participation et décrire rapidement ce/ces projet(s) précédent(s) :**

Etablissement / service médico-social, Accueil Familial (un formulaire à remplir pour l’ensemble des accueillants familiaux participants au même projet) :

Nom :

Adresse :

Téléphone  Courriel :

Représenté par son/sa responsable :

Nom et prénom :

Téléphone : Courriel :

Référent du projet

Nom et prénom :

Fonction :

Téléphone :  Courriel :

**Avez-vous déjà fait partie des appels à projets ?**

***Temps mêlés* : oui non**

***L’un est l’autre* :** **oui** **non**

**Si oui, veuillez préciser les années de votre participation et décrire rapidement ce/ces projet(s) précédent(s) :**

**2- Présentation du projet pour lequel vous candidatez**

**NOM DU PROJET :**

**Descriptif détaillé du projet :**

**Déroulement et calendrier du projet :**

Pour rappel, un temps de sensibilisation par l’équipe artistique doit être mené auprès de la structure médico-sociale (cf Réglement)

**Calendrier prévisionnel Année 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mois | Janv | Fev | Mars | Avril | Mai | Juin | Juil | Aout | Sept | Oct | Nov | Dec |
| Jours d’interventions |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Calendrier prévisionnel Année 2** (susceptible de modifications)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mois | Janv | Fev | Mars | Avril | Mai | Juin | Juil | Aout | Sept | Oct | Nov | Dec |
| Jours d’interventions |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Partenaires ou ressources de territoire (lieux, structures culturelles, sociales, éducatives, établissements scolaires, réseaux d’acteurs locaux …) parties prenantes du projet :

Nombre d’heures d’intervention des artistes par an (détaillez) :

Nombre d’heures consacrées à la coordination du projet (détaillez) :

Taux horaire établi : …..€

**Pour le porteur médico-social :**

Précisez comment le projet s’intègre dans le projet d’établissement de votre structure ?

**Pour le(s) porteur(s) du projet en Accueil Familial** :

Précisez comment le projet s’intègre dans le projet d’accueil des personnes ?

**3- La co-construction du projet**

**Avez-vous déjà travaillé ensemble en amont ? :**

**Si oui, sur quels types de projets ?**(Détaillez) **:**

**Qui a été l’initiateur de la rencontre entre les porteurs de l’initiative ? :**

**Décrire en quelques lignes les phases de la co-construction de ce projet (**dates de rencontres, réunions préparatoires, …) **:**

**4 - Personnes accueillies et projet**

**Dans la co-construction du projet, si le projet concerne une structure médico-sociale, comment prenez- vous en compte les conditions de vie en établissement des personnes : adaptation des horaires, prise en compte des contraintes de soins… ?**

**5 - Les budgets**

Les tableaux des budgets prévisionnels sont non-exhaustifs, ils peuvent être remplacés par d’autres modèles. L’essentiel étant qu’ils y figurent.

**Budget prévisionnel Année 1**



**Budget prévisionnel Année 2**



**MEMO PIECES COMPLEMENTAIRES A FOURNIR**

**RIB - FICHE INSEE (il est nécessaire de veiller à la bonne mise à jour de ces pièces. En particulier, la cohérence de l’adresse du siège social sur ces documents).**

**SIGNATURES:**

**Porteurs du Projet**

Directeur(trice) établissement /service Directeur(trice) culturel

médico-social, Accueil Familial

**Référents de la mise en œuvre du projet**

Réfèrent(e) médico-social / Accueil familial Référent(e) Culturel