**Formulaire de dépôt de projet**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Titre du projet** | | |
| **Organisme porteur du projet** | | |
| Nom de l’établissement ou de l’organisme : |  | |
| Personnes responsables : |  | |
| Courriel : |  | |
| Téléphone : |  | |
| No d’enregistrement auprès de l’Agence de revenu du Canada : | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Profil de la clientèle** | | | |
| DI | TSA | DP | Précisions |
| **Groupe d’âges ciblé** | | | |
|  | | | |
| **Description du projet** | | | |
| Présentation sommaire du projet : Contexte, besoins auxquels veut répondre le projet, objectifs du projet, retombées pour la clientèle, etc. | | | |
| Date de début de projet : | | | |
| Date de fin de projet : | | | |
| Résultats attendus :  1-  2-  3- | | | |
| Budget demandé :  Financement requis et ventilation détaillée | | | |
| Enjeux pour la réalisation du projet et solutions : | | | |
| Aspects novateurs : | | | |
| **Collaborateurs au projet/Rôles et responsabilités** | | | |
|  | | | |
| **Autres précisions :**  N’hésitez pas à joindre les documents que vous jugez pertinents à l’analyse clinique de votre projet socioprofessionnel. | | | |
| **Date de transmission de la demande :** | | | |
| **Transmettre à lise@fmlsaputo.org** | | | |

