 

**ANNEXE 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **Agence régionale de santé****de Guyane**66, avenue des Flamboyants C.S 40696 - 97336 Cayenne Cedex[www.ars.guyane.sante.fr](http://www.ars.guyane.sante.fr/) | **Préfecture de la région de Guyane****Direction des affaires culturelles****de Guyane**4 rue du Vieux Port – CS6001197321 Cayenne Cedex |

**Dossier d'instruction/Budget previsionnel**

**à retourner CO-SIGNÉ à la DAC et à l’ARS par courrier postal ou par mail\***

**pour le jeudi 15 juin 2017 au plus tard**

***(à dupliquer selon le nombre de projets)***

***Éléments à présenter obligatoirement***

**1 - Etablissement sanitaire ou médico-social porteur du projet**

- Nom de l’Etablissement :

- Coordonnées postales :

- Activités :

- Statut juridique :

- Nombre de sites et localisation :

- Présence d'équipements culturels dans l'établissement (bibliothèque, théâtre, salle de spectacle...) :

- Nom du directeur de l'établissement :

- Coordonnées du directeur de l'établissement (téléphone et adresse électronique) :

- Nom du responsable ou du correspondant culturel de l'établissement :

- Coordonnées du responsable ou du correspondant culturel (téléphone et adresse électronique) :

\*ARS GUYANE : ars-guyane-communication@ars.sante.fr

DRAC Guyane : secretariat.dac.guyane@culture.gouv.fr et thomas.mouzard@culture.gouv.fr

**2 – Structure(s) culturelle(s) partenaire(s**)

*Pour chaque partenaire culturel*

- Coordonnées de la structure :

- Statut juridique :

- Domaine culturel ou discipline artistique :

- Nom de la structure :

- Nom du directeur :

- Coordonnées du directeur (téléphone et adresse électronique) :

- Nom et fonction de l'interlocuteur pour le projet :

- Coordonnées de l'interlocuteur (téléphone et adresse électronique) :

**INTERVENANTS ARTISTIQUES**

- Nom et spécialité du ou des artiste(s) - A préciser dès le dépôt du dossier (joindre un CV).

**3– Autres partenaires du projet**

*Exemple : établissements d'enseignement, collectivités territoriales, associations de bénévoles...*

**4 – Présentation du projet**

- Dénomination :

- Renouvellement d'une action : oui **□**  non □

- Services concernés (nombres, activités du service, nombre de patients ou de résidents concernés, types de patients concernés) :

- Participants et/ou publics (cibles) (patients ou résidents, personnel, population extérieure...) :

- Contenus (résumer ici ces contenus et joindre en annexe obligatoirement le descriptif complet : contexte dans lequel s'inscrit le projet, enjeux et objectifs, actions envisagées...) :

- Dispositif d'accompagnement (comité de pilotage, comité de suivi, mode d'évaluation...) :

- Dispositif de valorisation (communication, traces, diffusion...) :

- Calendrier de réalisation (durée, fréquence intervention,...). Attention : les actions liées au projet ne doivent pas être terminées au moment du dépôt du dossier d'instruction :

**5 – Le budget prévisionnel de l'action**

***Exemple*** *de tableau de budget prévisionnel*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CHARGES | MONTANT | PRODUITS | MONTANT SUBV DEMANDEE | Préciser si subv est obtenue (montant) ou en attente de réponse |
| Rémunération artistes et intervenants (TTC) |  | Convention DAC-ARS |  |  |
| Déplacements et frais divers |  | Collectivités territoriales |  |  |
| Fournitures diverses |  | Mécénat |  |  |
| Frais de communication (à préciser) |  | Hôpital ou établissement médico-social (apports financiers et/ou structurels) |  |  |
| Frais de personnel |  | Partenaires culturels |  |  |
| Autres charges (à préciser) |  | Autres |  |  |
| **TOTAL** |  | **TOTAL** |  |  |

* *Remarque : le total des charges doit être égal au total des produits*
* Nature et objet de dépenses les plus significatives (honoraires de prestataires, déplacements, salaires,...), préciser le tarif horaire toutes charges comprises des intervenants.

Est-il prévu une participation financière des bénéficiaires (ou du public visé) de l'action ?

**Rappel** :

* **L'aide de l'ARS fait l'objet d'une allocation d'enveloppe non pérenne à l'établissement de santé.**
* **Les dossiers non signés par les 2 partenaires ne seront pas pris en compte.**

**6– Signatures (obligatoires)**

Directeur / Directrice de l'établissement sanitaire ou médico-social :

Nom :

Prénom :

Date :

Signature

Président(e) ou directeur(trice) de la structure culturelle :

Nom :

Prénom :

Date :

Signature