



COMMUNAUTÉ
D'AGGLOMÉRATION

HIRIGUNE
ELKARGOA

COMUNAUTAT
D'AGLOMERACION



Formulaire de présentation de projet

Fonds de Soutien Contrat Local de Santé

2024-2025

Comment avez-vous eu connaissance de ce Fonds de Soutien ? (cochez la ou les cases correspondantes)

- Site Internet de la Communauté d'Agglomération Pays Basque ou site de l'Agence Régionale de Santé (ARS)
- Emailing de la coordinatrice Contrat Local de Santé (CLS)
- Partenaires de la Communauté d'Agglomération Pays Basque (Région, Département, CPAM, Conseil de Développement du Pays Basque, autres)
- Presse, réseaux sociaux
- Autres



**DOCUMENTS A FOURNIR POUR LA CONSTITUTION DU DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE
ESKAERA TXOSTENAREN OSATZEKO JUNTATU BEHARREKO PIEZAK**

Pour être complet, le dossier de demande d'aide doit être constitué des documents suivants :

- Documents relatifs à la structure juridique portant le projet :
 - Copie des statuts signés de l'association
 - Photocopie de la publication au Journal Officiel
 - Attestation de non-assujettissement à la TVA le cas échéant
 - Les rapports d'activités du dernier exercice
 - Pour les associations employeuses uniquement : le compte de résultat du dernier exercice clos approuvé par l'Assemblée Générale et certifié par le Président et le Trésorier de l'organisme et le budget prévisionnel de la structure juridique porteuse du projet, daté et signé par le représentant légal, pour l'exercice en cours
 - RIB récent au même nom que la structure juridique porteuse

- Documents relatifs à la présentation du projet
 - Dossier de demande d'aide (ci-après)
 - Descriptif détaillé du projet, avec un calendrier prévisionnel de réalisation
 - Budget prévisionnel du projet présenté

La Communauté d'Agglomération Pays Basque se réserve le droit de demander toute pièce complémentaire jugée utile pour instruire la demande.

Avant de passer à l'étape suivante, merci de bien vouloir prendre connaissance du règlement d'intervention du Fonds de soutien CLS.

Vous êtes par ailleurs invité à vous rapprocher de la Coordinatrice du Contrat Local de Santé de la Communauté d'Agglomération Pays Basque avant de renseigner votre dossier de candidature. Vous bénéficierez d'un conseil de premier niveau

- Email : cls@communaute-paysbasque.fr

- Téléphone : 05 59 44 76 70



1. PRESENTATION DE L'ASSOCIATION - ELKARTEAREN AURKEZPENA

IDENTITE DE L'ASSOCIATION - ELKARTEAREN NORTASUNA	
NOM (raison sociale)	
Adresse du siège ou Adresse de l'établissement secondaire en Pays Basque	
Code Postal	
Commune	
N° SIRET	
Date de création	
Date de la dernière Assemblée Générale	
Représentant légal (Prénom NOM)	
Fonction / Titre	
Téléphone	
Mail	

DESCRIPTION DES MISSIONS DE L'ASSOCIATION - ELKARTEAREN MISIO ETA JARDUEREN DESKRIBAPENA



RENSEIGNEMENTS SUR LES MOYENS HUMAINS – GIZA BALIABIDEEI BURUZKO INFORMAZIOA

Nombre d'adhérent.es Adhérents : personne ayant marqué formellement son adhésion aux statuts de l'association	Femmes : Hommes : Total :
Nombre de bénévoles Bénévole : personne contribuant régulièrement à l'activité de l'association de manière non rémunérée.	Femmes : Hommes : Total :
Nombre de volontaires Volontaire : personne engagée pour une mission d'intérêt général par un contrat spécifique (par exemple Service Civique)	Femmes : Hommes : Total :
Nombre total de salarié.es Dont nombre d'emplois aidés :	Femmes : Hommes : Total :
Nombre de salarié.es en équivalent temps plein (ETP)	Femmes : Hommes : Total :
Nombre de personnels mis à disposition ou détachés par une autorité publique	Femmes : Hommes : Total :

2. PRESENTATION DU PROJET - PROIEKTUAREN AURKEZPENA

INSTITULE DU PROJET	
---------------------	--

Sur quel objectif du CLS porte votre projet ?

--



OBJECTIFS ET DESCRIPTION DU PROJET – PROIEKTUAREN HELBURUAK ETA DESKRIBAPENA

Descriptif du projet - objectifs, actions prévues, résultats attendus (précisez les indicateurs) – Joindre tout document narratif ou autre pour expliciter le contenu du projet.

Public(s) ciblé(s) et nombre de bénéficiaires



Localisation(s) du projet

Calendrier et étapes de réalisation de votre projet ?

Avez-vous identifié des freins à votre projet, si oui, lesquels? Et quelles solutions pensez-vous mettre en œuvre?

Comment envisagez-vous la suite de ce projet ?

Dans le cadre de ce projet, quelles actions écoresponsables allez-vous mettre en place afin de limiter les impacts du projet sur l'environnement ?



MOYENS DE MISE EN OEUVRE DU PROJET – PROEKTUAREN BRATZE BALIABIDEAK

Quelles sont les personnes impliquées dans le projet et quels seront leurs rôles ?

Allez-vous nouer des partenariats avec d'autres structures pour ce projet ?

Allez-vous faire appel à des compétences externes à votre association et, si oui, lesquelles et pourquoi ?

Allez-vous devoir investir dans du matériel et, si oui, lequel et à quelles fins ?

Dépenses <i>Préciser les postes de dépenses en rajoutant autant de lignes que nécessaires.</i>		Ressources	
Dépenses en fonctionnement liées au projet		Ressources liées au projet	
Achat de fournitures	€	Recettes en propre générées par votre projet	€
Achat de prestations externes	€		
Impressions, supports de communication	€	Aide sollicitée auprès de la CAPB (Cf. règlement d'intervention pour les taux et montants maximum)	€
Locations spécifiques liées au projet	€		
Frais de déplacements	€	Autres financements publics (Préciser le financeur)	€
Dépenses de personnel (Préciser le nombre total d'heures affectées au projet : heures)	€		
Autres (préciser) :	€	Autres financements publics (Préciser le financeur)	€
		Fondations, sponsors	€
		Autres (préciser) :	€
		Autofinancement de l'association	€
Total des dépenses en fonctionnement	€	Total des ressources	€

Le plan de financement de l'action doit être équilibré : Total des dépenses = Total des ressources

TABLEAU DES AIDES PUBLIQUES – DIRULAGUNTZA PUBLIKOEN TAULA

Merci d'indiquer, dans le tableau ci-dessous, les aides publiques obtenues ou en cours de demande depuis les trois dernières années.

Financier	Nom de l'aide attribuée	Montant (€)	Date de la demande (pour les demandes en cours uniquement)	Date d'attribution de l'aide
Europe				
Etat				
Région				
Département				
Autre collectivité :				

3. ATTESTATION SUR L'HONNEUR - OHOREAREN GAINENKO ZIURTAGIRIA

Cette fiche doit obligatoirement être remplie pour toutes les demandes, quel que soit le montant de la subvention sollicitée.

Si le signataire n'est pas le représentant légal de l'association, merci de joindre la délégation lui permettant de valider la légalité de sa signature.

Je soussigné.e, _____, représentant.e légal.e de l'association

- Déclare que l'association est en règle au regard de l'ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements y afférant ;
- Certifie l'exactitude des informations du présent dossier, notamment la mention de l'ensemble des demandes de subvention introduites auprès d'autres financeurs publics ;
- Demande une subvention de : ___ euros ;
- Précise que cette subvention, si elle est accordée, devra être versée au compte bancaire de l'association (joindre un RIB obligatoirement).

Et engage l'association à :

- Réaliser le projet dans un délai maximum de 12 mois à compter de la date de notification de l'aide ;
- Utiliser l'aide attribuée conformément aux objectifs pour lesquels celle-ci a été accordée et présenter un bilan de l'opération (actions menées, rapport financier avec ses pièces justificatives) dans un délai de 3 mois après la réalisation du projet ;
- Faire état du soutien du Contrat Local de Santé Pays Basque (logos CLS) sur l'ensemble des supports de communication liés au projet soutenu et autoriser la CAPB et l'ARS à communiquer sur les projets retenus afin d'en assurer la promotion (presse, supports de communication institutionnels, vidéos, réseaux sociaux).

Fait à _____ le _____

Signature du ou de la Président.e :