**Annexe 2**

**Dossier à remplir obligatoirement par le porteur de projet**

|  |  |
| --- | --- |
| **Intitulé du projet :** |  |
| **Nom du porteur de projet :** |  |
| **Identification du service porteur du projet :** Chef de service, cadre, médecin référent du projet. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Public cible du projet :*** Tranche d’âge
* Éventuelles pathologies ou profils des publics ciblés
 |  |
| **Territoire ciblé par le projet :*** Secteur
* Inter secteurs, infradépartemental
* Départemental
* Régional
* Autre à préciser
 |  |

|  |
| --- |
| **Présentation du projet et de ses finalités : préciser quels sont les objectifs thérapeutiques ciblés,** et les attendus sur la santé des enfants et des adolescents et les parcours de soins |
|  |

|  |
| --- |
| **Pertinence du projet au regard des besoins du territoire :** indiquer utilement des données socio-démographiques du territoire pour lequel le présent projet est présenté  |
|  |

|  |
| --- |
| **Articulation et partenariats avec les autres acteurs de l’enfance et de l’adolescence, sanitaires, sociaux et médico-sociaux (notamment en cas d’autres acteurs parties prenantes du projet), dont les associations et les représentants des usagers et familles** |
|  |

|  |
| --- |
| **Données d’activité actuelles et/ou activité prévue avec le projet****Références scientifiques, médicales, et de méthodologies thérapeutiques qui sont ou seront mises en œuvre, en lien avec les objectifs thérapeutiques ciblés** |
|  |

|  |
| --- |
| **Dimensionnement et fonctionnement des équipes** |
|  |

|  |
| --- |
| **Modalités de suivi et d’évaluation de l’activité** |
|  |

|  |
| --- |
| **Chiffrage financier détaillé, en distinguant le fonctionnement et l’investissement**Préciser les éventuels co-financements*Frais de structure : il est préconisé un taux de charges indirectes ne dépassant pas 18 %.* |
|  |

|  |
| --- |
| **Calendrier prévisionnel de mise en œuvre, avec le cas échéant un découpage par tranches** |
|  |