*DOSSIER DE CANDIDATURE*

**L’ exemplaire original est à retourner impérativement avant le :  29 novembre 2019**

**Seules seront éligibles les candidatures complètes et répondant aux critères de recevabilité de l’AAP (se référer au cahier des charges)**

Il doit être **adressé par courrier postal** à la :

DRAC Centre-Val de Loire – MACTI – AAP Culture & Santé

6, rue de la Manufacture 45043 Orléans cedex

**et par courriel** aux adresses suivantes :

macti.centre@culture.gouv.fr ; marianne.vigneulle@chr-orleans-fr ;

ars-cvl-direction-medico-sociale@ars.sante.fr (pour les établissements médico-sociaux)

ars-cvl-direction-offre-sanitaire@ars.sante.fr (pour les établissements sanitaires)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du/des établissement(s) ou service de santé :** | *
 |
| **Nom du/des partenaire(s) culturel(s) :** | *
 |
| **Intitulé du projet :** | *
 |
| **Résumé du projet** (en 5 lignes maximum) **:** | *
 |

Cocher ci-dessous la case correspondant à votre situation :

[ ]  1e demande au titre du dispositif Culture Sante

Vous avez déjà bénéficié d’un financement Culture et Santé :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]   | pour le même partenariat précisez la ou les années : | *
 |
| [ ]   | avec d’autres partenaires culturels, précisez la ou les années : | *
 |
| [ ]   | avec d’autres établissements de santé , précisez la ou les années : | *
 |

**Présentation des partenaires *(Dupliquer la page ou les rubriques si nécessaire)***

###### Établissement ou service de santé :

**[ ]** Établissement ou service sanitaire **[ ]** Établissement ou service médico-social

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de l’établissement : | -       |  |
| Représentant·e légal-e : | -       |  |
| Titre : | -       |  |
| Sigle : | -       |  |
| N° de SIRET : |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

 |  |
| Adresse du siège social : | -       |  |
| Code postal : | -       | Ville : | -       |  |
| Téléphone : | -       | Courriel : | -       |  |

Le projet d’établissement contient-il un volet culturel ? [ ]  OUI (si oui, le joindre) [ ]  NON

L’établissement à t-il un-e référent-e culturel-e ? [ ]  OUI  [ ]  NON

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et fonction :  | -       |
| Téléphone : | -       | Courriel : | -       |

###### Structure culturelle et/ou artiste indépendant-e :

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de la structure ou de l’artiste : | -       |
| Responsable de la structure : | -       |
| Statut juridique : | -       |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° de SIRET : |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| Site internet : | -       |

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse du siège social : | -       |
| Code Postal : | -       | Ville : | -       |
| Téléphone : | -       | Courriel : | -       |

**Descriptif du projet**

***Toutes pièces complémentaires, que vous jugerez utiles à l’instruction et à la compréhension de votre projet, peuvent être jointes en annexe***

1. **Responsable du projet au sein de l’établissement**

**[ ]** Responsable culturel-le ou **[ ]** Référent-e du projet

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom : | -       |
| Fonction : | -       |
| Téléphone : | -       | Courriel : | -       |

1. **Responsable du projet au sein de la structure culturelle**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom : | -       |
| Fonction : | -       |
| Téléphone : | -       | Courriel : | -       |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

1. **Présentation du projet**
* **Domaine(s) culturel(s) ou discipline(s) artistique(s)**

**[ ]** Architecture

[ ]  Arts contemporains

[ ]  Arts plastiques et graphiques

[ ]  Arts numériques

[ ]  Cinéma, audiovisuel

[ ]  Cirque

[ ]  Conte, poésie et arts de la parole

[ ]  Danse

[ ]  Livre et lecture

[ ]  Patrimoine

[ ]  Paysage, jardin

[ ]  Musique

[ ]  Radio, médias

[ ]  Théâtre

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  | Autres, précisez : | *
 |

* **Artiste(s) ou professionnel-le-s de la culture intervenant-e-s**

\***Joindre les Curriculum-Vitae en annexe**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom : | -        |
| Nom et prénom : | -       |
| Nom et prénom : | -       |

* **Qui a identifié ce besoin (l’établissement, les usagers, etc.) ? Genèse du projet et du partenariat :**

|  |
| --- |
| *
 |

* **Objectifs du projet pour l’établissement et/ou le service :**

|  |
| --- |
| *
 |

* **Enjeux du projet pour le-la partenaire culturel-le :**

|  |
| --- |
| *
 |

* **Publics et/ou services bénéficiaires (patient-e-s, résident-e-s, personnels, familles…) :** *Préciser le nombre approximatif de personnes touchées (participant-e-s au projet et autres), leurs principales caractéristiques et ce qui motive ce choix.*

|  |
| --- |
| *
 |

* **Description détaillée du projet, intention artistique et mise en œuvre :**

*La participation « active » des usagers et/ou des professionnels à la pratique artistique et culturelle, à la rencontre à l’œuvre, ou la découverte d’un domaine doit apparaître nettement, ainsi que l’objet artistique du projet.*

|  |
| --- |
| *
 |

**Modalités d’intervention et d’organisation**

* **Nombre d’heures, rythme et calendrier prévisionnel**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Début du projet : |       | Fin du projet : |       | Durée : |       |

Calendrier prévisionnel :

|  |
| --- |
| *
 |

|  |
| --- |
| -       |

Nombre d’heures total d’intervention/ de pratique ***(rappel : les projets doivent présenter au minimum 20h d’intervention avec les usagers)*** :

* **Lieu(x), espace(s) de réalisation(s) du projet :**

|  |
| --- |
| *
 |

* **Encadrement de l’action, concertation, évaluation et comité de suivi :**

|  |
| --- |
| *
 |

* **Valorisation et restitution envisagée :**

|  |
| --- |
| *
 |

* **Actions de communication prévues autour du projet :**

|  |
| --- |
| *
 |

* **Lien avec d’autres partenaires éventuels :** *établissements de santé et/ou médico-s*ocial, collectivités territoriales, équipements et/ou acteurs-trices culturel-le-s, établissements scolaires...) :

|  |
| --- |
| *
 |

**Budget prévisionnel du projet**

 **Le total des charges doit être égal au total des produits**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CHARGES** | **Montant [[1]](#footnote-1)** | **PRODUITS** | **Montant** |
| **60 - Achats** |       | **70 - Ventes de produits finis, de marchandises, prestations de services** |       |
| Prestations de services ***(détailler\*)*** |       |       |       |
| Achats matières et fournitures***(détailler\*)*** |       | **74 - Subventions d'exploitation[[2]](#footnote-2)** |       |
| Autres fournitures |       | Etat (préciser le(s) ministère(s) sollicité(s)) |       |
| **61 - Services extérieurs** |       | **Protocole DRAC / ARS** |       |
| Locations |       |       |       |
| Entretien et réparation |       |       |       |
| Assurance |       | Région(s) |       |
| Documentation |       |       |       |
| **62 - Autres services extérieurs** |       | Département(s) |       |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |       |       |       |
| Publicité, publication |       | Intercommunalité(s) : EPCI**[[3]](#footnote-3)** |       |
| Déplacements, missions |       |       |       |
| Services bancaires, autres |       |       |       |
| **63 - Impôts et taxes** |       | Commune(s) |       |
| Impôts et taxes sur rémunérations |       |       |       |
| Autres impôts et taxes |       | Organismes sociaux (à détailler) |       |
| **64 - Charges de personnel** |       |       |       |
| Rémunérations des personnels ***(détailler\*)*** |       | Fonds européens |       |
| Charges sociales |       | **Apport financier de la structure hospitalière** |       |
| Autres charges de personnel |       | Autres établissements publics |       |
| **65 - Autres charges de gestion courante** |       | Aides privées |       |
| **66- Charges financières** |       | **75 - Autres produits de gestion courante** |       |
| **67 - Charges exceptionnelles** |       | Dont cotisations, dons manuels ou legs |       |
| **68 - Dotation aux amortissements** |       | **76 - Produits financiers** |       |
| **TOTAL DES CHARGES** |       | **TOTAL DES PRODUITS** |       |
| **CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES** |
| **86- Emplois des contributions volontaires en nature** |       | **87-Contributions volontaires en nature** |       |
| 860-Secours en nature |       | 870-Bénévolat |       |
| 861-Mise à disposition gratuite de biens et service |       | 871-Prestations en nature |       |
| 862-Prestations |       | 875-Dons en nature |       |
| 864-Personnel bénévole |       | Valorisation |       |
| **TOTAL** |       | **TOTAL** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser le taux horaire des interventions artistiques :** | -       |
| **Détailler les achats :** | -       |
| **Détailler les prestations de service :** | -       |

**Financement du projet**

|  |  |
| --- | --- |
| **Coût total du projet :** | **-**  €  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Montant de la subvention demandée DRAC / ARS :** | **-**  € |

**Structure percevant la subvention :** **[ ]  établissement de santé   [ ]  structure culturelle*. Merci de joindre le RIB***

|  |  |
| --- | --- |
| **Participation financière de la structure hospitalière ou médico-sociale :**  *(Le temps soignant ne peut être comptabilisé comme apport financier)* | **-**  € |

|  |  |
| --- | --- |
| **Participation financière de la structure culturelle :** | **-**  € |

**Co-signatures du projet *(Dupliquer si nécessaire)***

**Établissement de santé et/ou établissement et services médico-sociaux**

**Je soussigné-e,** **[ ]  Madame,** **[ ]  Monsieur,**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom : | -       |
| Représentent·e légal-e de : | -       |
|  Fait à : | -       | Le : | -       |

 **Signature :**

**Partenaire culturel**

**Je soussigné-e, [ ]  Madame, [ ]  Monsieur,**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom : | -       |
| Représentent·e légal-e de : | -       |
|  Fait à : | -       | Le : | -       |

 **Signature :**

1. Ne pas indiquer les centimes d’euros. [↑](#footnote-ref-1)
2. L’attention du demandeur est appelée sur le fait que les indications sur les financements demandés auprès d’autres financeurs publics valent déclaration sur l’honneur et tiennent lieu de justificatifs. [↑](#footnote-ref-2)
3. Les indications sur les financements demandés auprès d’autres financeurs publics valent déclaration sur l’honneur et tiennent lieu de justificatifs. [↑](#footnote-ref-3)