



## Appel à Projet – 2016 Culture / Santé



**Avant de remplir votre appel à projet, il est indispensable de vous référer au cahier des charges du dispositif (critères de sélection, modalités...). Tout dossier incomplet ne pourra être instruit.**

### Titre du projet :

#### **I- Domaine(s) artistique(s) concerné(s) :**

*Dans le cas d'un atelier pluridisciplinaire, veuillez choisir le domaine de l'intervenant (ou de celui qui dispose du plus grand temps d'intervention).*

#### **II- Coordonnées de l'établissement sanitaire ou médico-social (public ou ESPIC)**

**Nom de l'établissement :**

N° FINESS juridique :

N° FINESS géographique :

Statut juridique :

Nom et coordonnées du directeur :

Présence d'équipements culturels dans l'établissement :  
bibliothèque, salon de lecture, salle de spectacle...

**Adresse :**

Téléphone :

Courriel :

**Structure ou Service concerné par le projet :**

Pour l'établissement sanitaire, médecin référent du projet  oui  non

Si oui, nom et coordonnées du médecin :

**Personne en charge du développement du projet :**

Nom :

Fonction :

Tél :

Courriel :

**Autre(s) membre(s) de l'équipe engagé dans le projet :**

Nom, Prénom	Fonction et contact

## **II- Coordonnées de l'institution culturelle :**

**Nom de la structure culturelle :**

Type de structure (Association, S.A....):

Numéro SIREN :

Nom du directeur de la structure :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

**Obligatoire pour le spectacle vivant :**

N° de licence d'entrepreneur de spectacles vivants : (merci de préciser sa date de délivrance) :

**Personne en charge du dossier :**

Nom :

Fonction :

Tél :

Courriel :

**Artiste(s) intervenant (s) :** joindre obligatoirement un CV

Nom :

Fonction :

Adresse :

Tél :

## **III- Projet artistique et culturel :**

**Présentation du projet (10 pages maximum) :**

Contexte dans lequel s'inscrit le projet :

Politique culturelle de l'établissement :

Nom du projet :

Définition du projet :

Enjeux et objectifs :

Objectifs artistiques :

Description des actions envisagées (calendrier, modalités de mise en œuvre...) :

Durée du projet :

**Nombre et fréquence des interventions :**

**Actions de valorisation au sein de l'établissement de santé :**

**Actions de valorisation à l'extérieur de l'établissement de santé :**

**Validation du projet devant les instances de l'établissement :**

A-t-il fait l'objet d'une présentation

Devant la CME ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Devant le CA ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

**Publics concernés :** usagers, personnel soignant, personnel administratif, familles, grand public...

Concernés directement :

Concernés indirectement :

**Nombre de patients participant au projet :**

**Type de pathologie des patients concernés :**

**Tranches d'âge :**

### **Autres commentaires :**

### **Autres documents à remplir :**

- Pour tout dépôt de dossier, merci de vouloir joindre la fiche Excel « Fiche synthèse projet Annexe ».
- En cas de demande de renouvellement d'un projet, merci de bien vouloir joindre le « Formulaire de bilan ».

### **Budget prévisionnel :**

	<b>Charges</b>		<b>Produits</b>
Rémunération artistes toutes charges comprises*		Programme culture/santé DRAC/ARS	(Montant total de la subvention demandée)
Achats matériels, fournitures		Structure sanitaire ou médico-social	
Frais de déplacement intervenant(s)		Partenaire culturel	
Frais de restauration intervenant(s), vernissage...		Collectivité(s) territoriale(s)	
Communication		Mécénat	
Autres		Autres financements	
<b>Total</b>		<b>Total</b>	

\* Préciser le tarif horaire toutes charges comprises des intervenants (pour information, les barèmes DRAC situent la moyenne du taux horaire d'intervention d'un artiste à 45 €. Nombre d'intervenants x nombre d'heures d'intervention x coût horaire.

### **Remarques :**

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

***Le financement conjoint du projet par l'ARS et la DRAC ne pourra excéder 60% du budget total de l'opération.***

***Préciser si les autres sources de financements sont obtenues ou en attente de réponse.***

## **VI- Signatures** (*obligatoires*)

.

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

Nom :

Prénom :

Date :

Signature :

### **Artiste intervenant :**

Nom :

Prénom :

Date :

Signature :

### **Président(e) de la structure culturelle :**

Nom :

Prénom :

Date :

Signature :

## **Date limite pour l'envoi des dossiers : 15 novembre 2015**

Un Comité de pilotage se réunira en février pour examiner les dossiers.  
Les réponses seront envoyées courant mars.

**Envoyez un dossier et votre calendrier d'intervention, afin que les conseillers de la DRAC et de l'ARS puissent venir voir votre projet.**

**par voie postale et par mail à l'attention de :**

Sélène CAMPOMANES  
Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées  
10 chemin du raisin  
31050 TOULOUSE

Martine CECILLON  
DRAC Midi-Pyrénées  
32 rue de la Dalbade – BP 811  
31080 Toulouse cedex 6

### **Pour tout renseignement complémentaire**

ARS :  
Sélène Campomanes, 05/34/30/25/27  
[selene.campomanes@ars.sante.fr](mailto:selene.campomanes@ars.sante.fr)  
Elvire ARONICA, 05/34/30/27/22  
[elvire.aronica@ars.sante.fr](mailto:elvire.aronica@ars.sante.fr)

DRAC : Martine Cécillon, 05 67 73 20 45  
[cac.midi@culture.gouv.fr](mailto:cac.midi@culture.gouv.fr)