

COMMISSION MIXTE DE  
COOPÉRATION RÉGIONALE  
ENTRE LE CANADA ATLANTIQUE  
ET SAINT-PIERRE ET MIQUELON

Sous-Comité SANTÉ

**Formulaire de demande de financement**

**2017**



## Section 1 : Organisme(s) / groupe(s)

### Partenaire #1

Dénomination de l'organisme/groupe

Adresse

Personne ressource

Nom :

Courriel :

Téléphone :

Mission de votre organisme/groupe

Êtes-vous un organisme à but non lucratif

Oui

Non

Pour les organismes canadiens

Incorporation ?

Oui

Non

Si Oui :

Fédéral

Provincial

Si provincial, quelle province ? :

No incorporation :

### Partenaire #2 (facultatif)

Dénomination de l'organisme/groupe

Adresse

Personne ressource

Nom :

Courriel :

Téléphone :

Mission de votre organisme/groupe

Êtes-vous un organisme à but non lucratif

Oui

Non

Pour les organismes canadiens

Incorporation ?

Oui

Non

Si Oui :

Fédéral

Provincial

Si provincial, quelle province ? :

No incorporation :

## Section 2 : Description du Projet

**Titre du projet :**

### **Description du projet**

*Résumez les principales activités du projet pour lesquelles vous demandez du financement.*

### **Décrivez la situation**

*Expliquez la raison d'être du projet et le besoin comblé en le réalisant.*

- *Quels sont les enjeux principaux à l'origine de votre demande?*
- *Quels obstacles sont à franchir?*
- *Préciser les diverses actions déjà menées.*

### **Impacts visés**

*Décrivez en quelques lignes les changements souhaités à moyen ou long terme dans le domaine visé par ce projet.*

- *Présenter les publics cibles qui bénéficieraient des retombées du projet.*

**Apport aux deux parties**

*Décrivez en quoi ce projet bénéficiera aux deux parties (Saint-Pierre et Miquelon & une ou plusieurs provinces canadiennes de l'Atlantique).*

**Évaluation des besoins et mise en œuvre du projet**

*Décrivez et expliquez vos besoins pour mener à bien votre projet (salaires, consultants, logistiques diverses, transports, etc.).*

**Où prendra place ce projet?**

**Date de début :**

**Date de fin :**

**Partenaire(s) au projet :**

- 
-

## Section 3 : Conditions et déclaration

### Conditions.

L'aide fournie ne peut servir qu'aux fins précisées dans la présente demande. Une fois une aide financière accordée, aucun changement important ne peut être apporté au projet sans l'approbation des coprésidences de ladite commission. Ce sont les coprésidences qui détermineront, dans chaque cas, ce qui constitue un changement important. Les fonds non utilisés à ces fins doivent être rendus au bailleur de fonds.

L'organisme/groupe est entièrement responsable de ses dettes. La commission ne prendra en considération aucune demande d'aide visant à régler des dettes. L'organisme doit s'assurer que toutes les activités pour lesquelles il demande du financement respectent les lois et règlements en vigueur où se dérouleront les diverses activités du projet.

La contribution financière de la commission doit être expressément reconnue. Cette aide doit être mentionnée dans les publications financées. Une formule de reconnaissance type est :

**« Ce projet fait partie d'un effort en matière de collaboration régionale entre le Canada Atlantique et Saint-Pierre et Miquelon. Ce projet est rendu possible grâce à l'appui du Gouvernement du Canada et de la Préfecture de Saint-Pierre et Miquelon ».**

### Déclarations

Je déclare que :

- les renseignements contenus dans la présente demande sont exacts et complets;
- ladite demande est présentée au nom de l'organisme ou le groupe dont le nom figure à la page deux (2) et avec l'approbation de celui-ci ;
- ledit organisme/groupe s'engage, si une aide financière lui est accordée, à fournir des états financiers et des rapports sur les résultats ;
- ledit organisme/groupe s'engage, si une aide financière lui est accordée, à accepter que la programmation ou le projet financé(e) soit évalué(e) suivant les exigences des coprésidences de la commission ;

### Partenaire #1

Nom de la personne autorisée à signer (obligatoire)

Titre (obligatoire)

Signature de la personne autorisée à signer (cf. note #1 page suivante)

Date : jj-mm-aaaa (obligatoire)

<b>Si selon vos statuts une deuxième personne doit signer la présente demande.</b>	
Nom de la deuxième personne autorisée à signer (obligatoire)	
Titre (obligatoire)	
Signature de la deuxième personne autorisée à signer (cf. note #1)	Date : jj-mm-aaaa (obligatoire)
<b>Partenaire #2 (facultatif)</b>	
Nom de la personne autorisée à signer (obligatoire)	
Titre (obligatoire)	
Signature de la personne autorisée à signer (cf. note #1)	Date : jj-mm-aaaa (obligatoire)
<b>Si selon vos statuts une deuxième personne doit signer la présente demande.</b>	
Nom de la deuxième personne autorisée à signer (cf. note #1 p 6)	
Titre (obligatoire)	
Signature de la deuxième personne autorisée à signer (cf. note #1)	Date : jj-mm-aaaa (obligatoire)

**Note # 1 :**

- Soumission par voie postale : les signatures sont obligatoires.
- Soumission par courriel : l'expéditeur devra s'assurer que les autres signataires soient en copie (C.c) du courriel de soumission.

## Section 4 : Dépôt de la demande

### Lieu de dépôt

Les demandes doivent être déposées auprès de l'une des deux coprésidences du sous-comité Santé :

- **Administration territoriale de Santé**

- par voie postale :

Administration territoriale de Santé  
Direction  
Boulevard Port en Bessin  
BP 4333  
97500 Saint-Pierre  
Saint-Pierre-et-Miquelon

- par courriel : [dd975-direction@sante.gouv.fr](mailto:dd975-direction@sante.gouv.fr)

### OU

- **Fédération des francophones de Terre-Neuve et du Labrador**

- par voie postale :

Fédération des francophones de Terre-Neuve et du Labrador  
Direction générale  
Centre scolaire et communautaire des Grands-Vents, suite 233  
65 chemin Ridge  
Saint-Jean de Terre-Neuve (TNL) A1B 4P5

- par courriel : [dg@fftnl.ca](mailto:dg@fftnl.ca)

### Date limite de dépôt

- La date limite de dépôt est le **vendredi 14 avril 2017**

## Section 4 : Activités & Résultats attendus

*Dresser une liste des actions/activités de collaboration et lister les résultats attendus.*

RÉSULTATS ATTENDUS	INDICATEURS DE RENDEMENT	ÉCHÉANCIER



## Section 5 : Budget

Secteur de dépenses	Description des ressources et coûts requis	Contribution commission souhaitée en dollar CA	Autres contributions en dollar CA	Total dollar CA	Contribution commission souhaitée en euro	Autres contributions en euro	Total euro
Salaires		\$	\$	\$	€	€	€
Honoraires		\$	\$	\$	€	€	€
Déplacements		\$	\$	\$	€	€	€
Publicité		\$	\$	\$	€	€	€
Matériels		\$	\$	\$	€	€	€
Coûts opérationnels		\$	\$	\$	€	€	€
<b>TOTAL</b>		\$	\$	\$	€	€	€

## ANNEXE A : RAPPORT D'ACTIVITÉS

<b>SOMMAIRE DES ACTIVITÉS COMPLÉTÉES</b>	<b>APPRÉCIATION DES RÉSULTATS ATTEINTS</b>

- Quels changements avez-vous constatés au sein de votre collectivité grâce à ce projet ?
- Dans quelle mesure avez-vous atteint vos objectifs ?
- Quels sont les effets du projet sur les participants ?

### Partenaire #1

Nom de la personne autorisée à signer (obligatoire)

Titre (obligatoire)

Signature de la personne autorisée à signer (cf. note #1)

Date : jj-mm-aaaa (obligatoire)

### Partenaire #2 (facultatif)

Nom de la personne autorisée à signer (obligatoire)

Titre (obligatoire)

Signature de la personne autorisée à signer (cf. note #1)

Date : jj-mm-aaaa (obligatoire)