|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du promoteur** |  |
| **Titre du projet** |  |
| **À quel objectif du programme répond le projet ?**  |  |
| **Vision du projet : Quelle amélioration/changement veut-on créer ?** |  |
| **Le projet est associé à quelle destination de la programmation 2018-2023?**(choisir parmi les 4 celles qui s’appliquent) | 1. Des communautés francophones et acadiennes en situation minoritaire engagées et outillées à agir sur leur santé et leur mieux-être en français;
2. Des services et des programmes de santé en français accessibles, adaptés et offerts activement au Canada;
3. Des ressources humaines mobilisées, outillées et valorisées offrant des services de santé en français;
4. Les établissements, les programmes et les politiques de santé démontrent qu’il y a la capacité d’offrir des services de santé de qualité et sécuritaires en français, conformément à des normes d’accessibilité linguistique;
 |
|  |  |
| **Nom du chargé(e) de projet** |  |
| **Membres de l’équipe de coordination** |  |
| **Durée du projet** |  | **Date de début** |  | **Date de Fin** |  |
| **Budget pour la durée du projet** |  |
| **Est-ce qu’il y a d’autres sources de financement relié au projet?** (contribution monétaire ou en nature) |  |
|  |  |
| **Contexte**(Pourquoi avoir priorisé ce projet? Pourquoi ce projet est requis et pourquoi maintenant?) (Est-ce que les partenaires et la communauté ont contribué à la démonstration des besoins?)(Sur quoi s’appuie la mise en œuvre du projet? Joindre tout document utile) |
|  |
| **Portée du projet et public cible**(à qui s’adresse le projet et dans quelle région) |
|  |
| **Extrants Principaux**  (Ce que l’on veut avoir produit à la fin) |
|   |

|  |
| --- |
| **Qui est le mieux placé pour coordonner le projet ? Et pourquoi?** |
|  |
| **Catalyseurs**(facteurs de contribution à la réussite (ex : leadership, ressources financières, culture axée sur soutien) |
|  |
| **Obstacles et Stratégies d’atténuation**(Les facteurs qui pourraient entraver la réalisation des extrants attendus) (Qu’avez-vous l’intention d’adopter pour optimiser l’utilisation des catalyseurs et pour réduire ou éliminer les obstacles mentionnés.) |
|  |
|  |
| **Plan de mise en œuvre** (Activités principales)  | **Échéancier sommaire** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Partenaires clés** | **Rôles et Contribution** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Plan de pérennité**  |
| Qui prendra en charge le projet une fois le financement terminé :Comment les connaissances seront transmises afin d’assurer une continuité dans la mise en œuvre : |

En signant ce document, j’approuve l’intégralité de la proposition de projet.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Présidence du Conseil d’administration Direction générale