|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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