 

|  |  |
| --- | --- |
| **Agence régionale de santé**  **de Bretagne**  **6 place des Colombes**  **CS 14253**  **35042 RENNES cedex** | **Préfecture de la région de Bretagne**  **Direction régionale des affaires culturelles**  **Hôtel de Blossac**  **6 rue du Chapitre CS 24405**  **35044 RENNES cedex** |

**Dossier d'instruction**

**à retourner CO-SIGNÉ pour le 15 MAI 2019**

***(à dupliquer selon le nombre de projets)  
Eléments à présenter obligatoirement***

**VERSION MODIFICATIVE DU 05/04/19**

**1 - Etablissement sanitaire ou médico-social porteur du projet**

- **Nom de l’établissement :**

- Adresse

- Activités

- Statut juridique

- SIRET :

- Nombre de sites et localisation

- Présence d'équipements culturels dans l'établissement (bibliothèque, théâtre, salle de spectacle...)

- Nom du directeur de l'établissement

- Coordonnées du directeur de l'établissement (téléphone et **adresse électronique**)

- Nom du responsable ou du correspondant culturel de l'établissement

- Coordonnées du responsable ou du correspondant culturel (téléphone et **adresse électronique**)

**2 – Structure(s) culturelle(s) partenaire(s**)

*Pour chaque partenaire culturel*

- **Nom de la structure :**

- adresse

- SIRET

- Domaine culturel ou discipline artistique

- Nom du directeur

- Coordonnées du directeur (téléphone et **adresse électronique**)

- Nom et fonction de l'interlocuteur pour le projet

- Coordonnées de l'interlocuteur (téléphone et **adresse électronique**)

**INTERVENANTS (artistes, professionnels de la culture)**

- Nom et spécialité du ou des artiste(s). A préciser dès le dépôt du dossier (joindre un CV).

**3– Autres partenaires du projet**

*Exemple : établissements d'enseignement, collectivités territoriales, associations de bénévoles...*

**4 – Présentation du projet**

- Dénomination

- Renouvellement d'une action : oui **□**  non □

- jumelage oui **□**  non □

- résidence d’artiste oui **□**  non □

- atelier oui **□**  non □

- Services concernés (nombres, activités du service, nombre de patients ou de résidents concernés, types de patients concernés)

- Participants et/ou publics (cibles) (patients ou résidents, personnel, population extérieure...)

- Contenus (résumer ici ces contenus et joindre en annexe obligatoirement le descriptif complet : contexte dans lequel s'inscrit le projet, enjeux et objectifs, actions envisagées, nombre d’heures ...)

Dans le cas des jumelages, joindre la convention entre partenaires.

- Dispositif d'accompagnement (comité de pilotage, comité de suivi, mode d'évaluation...)

- Dispositif de valorisation (communication, traces, diffusion...)

- Calendrier de réalisation (durée, fréquence intervention,...). Attention : les actions liées au projet ne doivent pas être terminées au moment du dépôt du dossier d'instruction.

**5 – Le budget prévisionnel de l'action**

***Exemple*** *de tableau de budget prévisionnel*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CHARGES | MONTANT | PRODUITS | MONTANT SUBV DEMANDEE | Préciser si subv est obtenue (montant) ou en attente de réponse |
| Rémunération artistes et intervenants (TTC) |  | Convention DRAC-ARS |  |  |
| Déplacements et frais divers |  | Collectivités territoriales |  |  |
| Fournitures diverses |  | Mécénat |  |  |
| Frais de communication (à préciser) |  | Hôpital ou établissement médico-social (apports financiers et/ou structurels) |  |  |
| Frais de personnel |  | Partenaires culturels |  |  |
| Autres charges (à préciser) |  | Autres |  |  |
| **TOTAL** |  | **TOTAL** |  |  |

* *Remarque : le total des charges doit être égal au total des produits*
* Nature et objet de dépenses les plus significatives (honoraires de prestataires, déplacements, salaires,...), préciser le tarif horaire toutes charges comprises des intervenants.

Est-il prévu une participation financière des bénéficiaires (ou du public visé) de l'action ?

* **Les dossiers non signés par les 2 partenaires ne seront pas pris en compte.**

**NOUVEAUTE : Chaque projet retenu sera financé par une seule des deux institutions partenaires du programme régional Culture et Santé.**

**L’intégralité de l’aide financière sera versée uniquement aux structures culturelles**

**Néanmoins les** candidats dont les projets seront retenus feront apparaître sur tous leurs supports de communication la mention explicite suivante :

*« avec le soutien du Ministère de la culture - DRAC Bretagne,*

*et de l'Agence régionale de santé Bretagne,*

*dans le cadre du programme régional "culture et santé" »*

**6 – Cachets et signatures (obligatoires)**

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

Nom :

Prénom :

Date :

Signature

Président(e) ou directeur(trice) de la structure culturelle :

Nom :

Prénom :

Date :

Signature