**PROGRAMME ACCESSIBILITÉ**

**FINANCEMENT de PROJET**

**Fondation Tremplin Santé**

La mission de la Fondation Tremplin Santé est de contribuer à l’adoption, par les jeunes, de comportements alimentaires sains et d’un mode de vie physiquement actif afin qu’ils grandissent en santé. Comme il est plus facile d’adopter de saines habitudes de vie (SHV) dans un contexte amusant et stimulant, les camps sont de formidables lieux pour de tels apprentissages !

**Programme Accessibilité**

Le programme Accessibilité vise plus particulièrement à soutenir financièrement l’accès des jeunes de 5 à 16 ans issus de milieux où l’indice de défavorisation est élevé, à des activités de loisir en camp favorisant l’adoption de saines habitudes de vie (SHV).

**Financement de projet**

Ce voletvise à faciliter l’intégration des saines habitudes de vie (SHV) dans les camps, en soutenant la mise en œuvre de projets développés par les camps et dont les bénéficiaires sont des jeunes considérés comme vulnérables, notamment ceux issus de milieux défavorisés.

****

**Ce programme est rendu possible grâce à l’appui financier de :**

**Récapitulatif des étapes importantes**

Voici les 4 étapes essentielles pour le dépôt des candidatures

Adresse de correspondance :  
[info@tremplinsante.ca](mailto:info@tremplinsante.ca)

Précisez dans l’objet du courriel :  
**Nom du camp - Accessibilité - Projet**

1. ****Adhérer au **programme** **Tremplin Santé PLUS**
2. Pour les camps de jour : nous envoyer le **code postal** du camp qui va réaliser le projet
3. Pour les camps de vacances : nous envoyer un **justificatif** démontrant que plus de 35% des jeunes sont issus de milieux financièrement défavorisés
4. Contacter un coordonnateur Tremplin Santé pour vous faire accompagner :

**Marie-Christine Murphy** pour les projets en **activité physique**

**Karine Chamberland** pour les projets en **saine alimentation et en diversité corporelle**

**Guillaume Aird** pour les projets reliés au **service alimentaire**

1. Déposer votre demande de financement avant l’une des deux dates limites

**Modalités du programme Accessibilité – Financement de projet**

Soutien financier : **jusqu’à 2 500 $**

Calendrier : 2 périodes de dépôt

Date limite de dépôt des projets :  
**16 mars 2020**

Communication aux porteurs de projet :   
**30 mars 2020**

Premier versement (50% du montant accordé) : **3 avril 2020**

Date limite de dépôt des projets :  
**15 mai 2020**

Communication aux porteurs de projet :   
**1 juin 2020**

Premier versement (50% du montant accordé) : **5 juin 2020**

Le second versement sera effectué à la fin de l’été selon les modalités suivantes :

Date limite de dépôt du rapport final : **1 septembre 2020**

Second versement (50% restants) : **11 septembre 2020**

**Critères d’admissibilité des camps**

* Ce programme ne s’adresse qu’aux **Camps Tremplin Santé Plus en 2020**
* Être administré par un OBNL ou entièrement financé et administré par une municipalité
* Offrir une **programmation favorisant les saines habitudes de vie** par du **personnel formé**
* **Pour les camps de jour** : être situé dans une zone de défavorisation telle que définie par Statistique Canada. Envoyez-nous votre code postal par courriel au plus vite pour que nous puissions valider votre éligibilité auprès de notre partenaire.
* **Pour les camps de vacances**: accueillir des jeunes de milieux financièrement défavorisés (35% et plus, produire un justificatif)
* Avoir été accompagné par un membre de l’équipe Tremplin Santé lors du montage de projet

**Critères d’évaluation des projets**

* **Pertinence** : Ce projet doit bonifier les activités en lien avec les saines habitudes de vie déjà réalisées au camp. Un grand nombre de jeunes du camp doit pouvoir en bénéficier à différentes reprises (prévoyez une progression des activités au fil des semaines)
* **Faisabilité** : La présentation du projet doit être claire et les prévisions budgétaires crédibles.
* **Implication des jeunes** : Les jeunes, ou certains jeunes -par exemple, les plus âgés- doivent contribuer au projet, et pas uniquement y participer;
* **Impact sur les jeunes et leurs habitudes de vie** : Demandez-vous quel impact vous recherchez chez les jeunes, notamment des plus vulnérables. Est-ce au niveau de leurs connaissances, de leurs attitudes ou de leurs comportements? Comment comptez-vous mesurer ce changement ?
* **Financement complémentaire** : Vous devez disposer d’un montant d’au moins 50 % du budget total du projet présenté, et vous engager à le débourser dans le cadre de celui-ci;

**ENTENTE à signer**

Les parties de cette entente conviennent de ce qui suit :

La présente entente vise à soutenir l’engagement de l’organisme dans la mise en œuvre d’un projet en animation estivale visant l’adoption de saines habitudes de vie (SHV) dont les bénéficiaires sont des jeunes considérés comme vulnérables, notamment ceux issus de milieux défavorisés.

L’organisme s’engage à :

* Mettre en œuvre le projet tel que déposé;
* Utiliser les sommes allouées selon le budget préétabli;
* Respecter les modalités et dates présentées **en page 2**
* Mettre à disposition de la Fondation Tremplin Santé des photographies du projet

La Fondation Tremplin-Santé s’engage à verser à l’organisme, les sommes accordées selon les modalités présentées **en page 2.**

La Fondation Tremplin Santé se réserve le droit de résilier l’entente pour l’un des motifs suivants :

* L’organisme fait défaut de remplir l’une de ses obligations en vertu de la présente entente;
* L’organisme cesse ses opérations de quelques façons que ce soit, y compris en raison de faillite, liquidation ou cession de biens.

L’organisme devra alors, dans les cinq jours ouvrables suivant la date de résiliation de l’entente, rembourser tout montant de la subvention qui n’aura pas été utilisé ou qui aurait été utilisé à des fins autres que celles prévues à la présente entente.

Les parties ont pris connaissance, acceptent et signent la présente entente

à Cliquez ici pour entrer lieu. le Cliquez ici pour entrer date.

Pour Cliquez ici pour entrer le nom de l’organisme

Signature

Cliquez ici pour préciser le nom et la fonction du responsable

Pour Fondation Tremplin Santé,

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

Tania Paracini, directrice générale

**FORMULAIRE DE DEMANDE  
FINANCEMENT de PROJET**

**Coordonnées de l’organisme et du camp**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom de l’organisme | | Cliquez ici pour écrire | | |
|  | | OBNL | | |
|  | | Camp municipal | | |
| Nom du Camp | | Cliquez ici pour écrire | | |
| Adresse | | Cliquez ici pour écrire | | |
| Code postal | | Cliquez ici pour écrire | | |
|  | | | | |
| **Coordonnées de la personne contact pour le suivi du projet** | | | | |
| Nom | Cliquez ici pour écrire | | | |
| Fonction | Cliquez ici pour écrire | | Téléphone | 123 456-7890 |

****

**Documents à transmettre**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pour le 1er versement :** | | |
|  |  | Entente dûment signée (page 3) |
|  |  | Programmation hebdomadaire des jeunes concernés par le projet (exemple de l’année passée) |
|  |  | Formulaire de demande de financement dûment rempli et signé (pages 4 à 6) |
|  |  | Prévisions budgétaires du projet (page 7) |
|  |  | Profil SHV 2020 complété |
|  |  | Description de votre formation SHV (contenu, durée, approche pédagogique)  Nombre d’animateurs formés (en % de l’ensemble des animateurs) |
|  |  | Vos informations bancaires pour effectuer les deux versements |
| **Pour le 2nd versement :** | | |
|  |  | Photographies du projet (haute résolution) |
|  |  | Rapport final |
|  |  | Bilan SHV complété |

**Déclaration à signer**

|  |  |
| --- | --- |
| Je, soussigné(e) Cliquez ici pour entrer votre nom., déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire et dans les documents joints en annexe sont exacts et complets. | |
| Date | \_ Signature\_ |

|  |
| --- |
| **Nom du projet**  Cliquez ici pour écrire  **Formulaire de demande - Description du projet** |
| **Nature du projet**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Activité physique |  | Diversité corporelle | |  | Saine alimentation |  | Service alimentaire | |
| **Description du contexte actuel** (8/10 lignes) Listez les actions déjà entreprises au camp en lien avec les SHV **ET** leurs impacts sur les jeunes   |  |  | | --- | --- | | Actions / année | Impacts sur les jeunes | | Cliquez ici pour écrire | Cliquez ici pour écrire | | Cliquez ici pour écrire | Cliquez ici pour écrire | | Cliquez ici pour écrire | Cliquez ici pour écrire | |
| **Description de votre projet** (15/20 lignes) Précisez **aussi** sa période de réalisation  Cliquez ici pour écrire |
| **Indiquez le nom de la personne qui vous a accompagné** Marie-Christine Murphy  Karine Chamberland  Guillaume Aird  Autre : Précisez |
| **Quels sont les partenaires impliqués dans votre projet**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Organisme | Personne contact / téléphone | Nature de la contribution (quelle est leur implication dans le projet ?) | | Cliquez ici pour écrire | Cliquez ici pour écrire | Cliquez ici pour écrire | | Cliquez ici pour écrire | Cliquez ici pour écrire | Cliquez ici pour écrire | | Cliquez ici pour écrire | Cliquez ici pour écrire | Cliquez ici pour écrire | |
| **En quoi ce projet vient-il bonifier vos activités actuelles?** (8/10 lignes)  **Formulaire de demande - Impact du projet**  Cliquez ici pour écrire |
| **À quel niveau, les jeunes vont-ils contribuer au projet ?**  Cliquez ici pour écrire  **Au total, combien de jeunes devraient participer aux activités du projet?** Nombre.  **Ce qui représente approximativement** Nombre **% des jeunes du camp**  **À combien de reprises chaque jeune devrait-il participer aux activités ?** Nombre  **Pendant combien de temps chaque jeune devrait-il participer à ces activités (heures environ) ?** Nombre |
| **Quel est l’impact que vous recherchez au niveau des SHV des jeunes, notamment des plus vulnérables ?** (9/10 lignes)  Cliquez ici pour écrire |
| **Quel est l’indicateur que vous comptez observer au cours de la réalisation du projet pour témoigner de l’atteinte de l’impact ?** (Lequel, quand sera-t-il observé, fréquence, comment etc.) (3/4 lignes)  Cliquez ici pour écrire |
| **Qu’est-ce qui vous permet de penser que ce projet sera maintenu les années suivantes ?** (3/4 lignes)  Cliquez ici pour écrire |

**Formulaire de demande Planification du projet**

|  |
| --- |
| **Liste des principales étapes du projet** |
| |  |  | | --- | --- | | **Activités** | **Période de réalisation** | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Période de réalisation | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Période de réalisation | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Période de réalisation | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Période de réalisation | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Période de réalisation | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Période de réalisation | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Période de réalisation | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Période de réalisation | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Période de réalisation | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Période de réalisation | |
| **Montant demandé à la Fondation Tremplin Santé** (= somme des dépenses cochées dans le tableau ci-dessous) Cliquez ici pour écrire $  **Liste des dépenses envisagées** (indiquez toutes les dépenses prévues, même celles qui ne seront pas financées par la Fondation Tremplin Santé) |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Dépenses**  (Cochez la case si cette dépense est à financer par la Fondation Tremplin Santé) |  | **Budget prévisionnel** | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  | Budget | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  | Budget | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  | Budget | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  | Budget | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  | Budget | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  | Budget | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  | Budget | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  | Budget | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  | Budget | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  | Budget | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  | Budget | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  | Budget | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  | Budget | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  | Budget | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  | Budget | |  |  | Budget total | |
| **Quel est le montant total du financement obtenu d’autres partenaires?** indiquez le montant total$  **Qui sont-ils ?** (4/5 lignes)  Cliquez ci pour entrer le nom des partenaires financiers. |
| **Quels sont les outils Tremplin Santé que vous souhaitez utiliser dans le cadre du projet ?**  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |