**Formulaire d’inscription à l’appel à projets**

**« Mission Mains Propres 2015 »**

**Ce formulaire représente l’attestation de dépôt d’un projet et l’engagement des porteurs de projet**

**(1 projet par formulaire d’inscription)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identité du porteur du projet** | |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Fonction |  |
| Structure représentée (nom du service et nom de l’établissement) ou Professionnel de santé libéral (type d’activité) |  |
| Adresse mail de contact |  |
| Adresse postale : nom bâtiment, nom de la voie, nom de la commune, code postal |  |
| Autres informations sur le porteur de projet |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Description du projet présenté** | |
| Titre du projet |  |
| Acronyme (optionnel) |  |
| Population cible visée |  |
| Objectif(s) |  |
| Format papier : indiquez le type de support choisi (Flyer (A5) ou Affiche (A4, A3, A2) |  |
| Format vidéo : indiquez la durée (en minutes) et le format du film |  |