

NOM DE L'ACTION :**A remplir par le demandeur**

Date de la demande:

Nom et prénom du référent de l'action:

Profession:

Autres professionnels participants:

Nom - prénom	Profession	Adresse du lieu d'exercice

Objectifs et description de l'action:

Public cible:

Impact sur le territoire:

Date de mise en œuvre:

Lieu:

Durée de l'action:

Tâches concrètes envisagées	Professionnels impliqués	Besoins matériels et humains	Calendrier prévisionnel	Durée de la tâche

Demande de financement par la CPTS: ☐ Oui ☐ Non

Détail du financement:

A remplir par le Conseil d'Administration de la CPTS

Mission ACI de rattachement :

Validation de l'action par le CA: ☐ Oui ☐ Non

Motif du refus:

Financement par la CPTS: ☐ Oui ☐ Non

Si oui: ☐ Total ☐ Partiel

Détail du financement accordé:

Zone CPTS Oui

Non

Commentaires:

Date:

Signature

Nom et fonction au sein du CA ; précédés de la mention "lu et approuvé"