Formulaire de demande de soutien matériel

Fonds de soutien matériel aux Missions Locales de Nouvelle-Aquitaine

URPS Chirurgiens-dentistes Nouvelle-Aquitaine

Documents à fournir

Pour être complet, le dossier de demande doit être constitué des documents suivants :

- Formulaire de demande signé (ce présent document)
- Document décrivant les conditions d'attribution du Fonds de soutien URPS CD NA aux missions locales en Nouvelle-Aquitaine, à signer par le représentant légal de la mission locale
- Avis de situation SIRENE daté de moins d'1 mois

L'URPS CD NA se réserve le droit de demander toute pièce complémentaire jugée utile pour instruire la demande.

Avant de passer à l'étape suivante, merci de bien vouloir prendre connaissance des conditions d'attribution du Fonds de soutien matériel URPS CD NA aux missions locales de Nouvelle-Aquitaine.

Vous pouvez contacter également Mme Blandine ROQUEBERT, chargée de projets de l'URPS CD NA
Email : administratif@urpscdna.org - Téléphone : 05 33 09 36 39

Identité de la mission locale	
NOM de la mission locale	
Adresse	
Code postal	
Commune	
Représentant légal (Prénom NOM) Téléphone / Courriel	
Référent santé / prévention (Prénom/NOM) Téléphone / Courriel	

Renseignements sur le prérequis : Sensibilisation collective à destination des conseillers de la mission locale	
Date de l'intervention	
Nombre de conseillers bénéficiaires	

Renseignements sur les interventions collectives programmées à destination des 16-25 ans sur la santé bucco-dentaire	
Nombre d'interventions collectives programmées	
Dates des interventions	
Estimation du nombre de jeunes bénéficiaires par action	
Programme des interventions – Sujets prévus	

Soutien matériel demandé	
Nombre de kits bucco-dentaire demandés (dans la limite des stocks disponibles, le nombre de kits demandés devant inclure ceux destinés aux ateliers auprès des jeunes))	
Nombre de flyers « J'ai mal aux dents, que faire ? » demandés (dans la limite des stocks disponibles)	
Adresse de livraison précise	
Contact de livraison (Prénom NOM) Téléphone / Courriel	

Fait à : Le :

Nom, prénom et signature, précédés de la mention « Lu et approuvé »

Représentant légal de la mission locale