**FORMULAIRE DE DEMANDE D’ATTRIBUTION**

**DU SIGLE AIRE D’ADOS**

**Première demande d’attribution du sigle aiRe d’ados**

**Demande de renouvellement de l’attribution du sigle**

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICATION DES MEMBRES / PARTENAIRES** | |
| **Nom de l’organisation, institution, etc.** | Click here to enter text. |
| **Adresse** | Click here to enter text. |
| **Téléphone** | Click here to enter text. |
| **E-mail** | Click here to enter text. |
| **Site internet** | Click here to enter text. |
| **Responsable du projet** | Click here to enter text. |
| **Fonction** | Click here to enter text. |
| **Téléphone** | Click here to enter text. |
| **E-mail** | Click here to enter text. |
| **PRESENTATION DES ORGANISATIONS / INSTITUTIONS** | |
| **Domaine d’activités**  Click here to enter text. | |
| **Objectif/s prioritaire/s**  Click here to enter text. | |
| **Bénéficiaires**  Click here to enter text. | |

|  |
| --- |
| **PROJET SOUMIS POUR L’ATTRIBUTION DU SIGLE AIRE D’ADOS** |
| **Nom du projet**  Click here to enter text. |
| **Présentation du projet**  Click here to enter text. |
| **Objectif/s**  Click here to enter text. |
| **Durée**   * **Projet existant** * Début :Click here to enter a date. * Fin :Click here to enter a date. * **Nouveau projet** * Début :Click here to enter a date. * Fin :Click here to enter a date. |

|  |
| --- |
| **Déroulement / Phases du projet**  Click here to enter text. |
| **Bénéficiaires**   * **Directs (description – nombre) :**   Click here to enter text.   * **Indirects (description – nombre) :**   Click here to enter text. |
| **Portée géographique (Détailler)**  **Locale**  **Cantonale**  **Régionale (Suisse romande, alémanique, italienne)**  **Fédérale** |
| **Partenaires**  Click here to enter text. |

|  |
| --- |
| **NATURE DU PROJET** |

|  |
| --- |
| Le projet peut se prévaloir du sigle aiRe d’ados lorsqu’il respecte l’un des trois critères suivants :  **1 -**  **Le projet propose des mesures destinées à améliorer la qualité de la prise en charge et de l’accompagnement du jeune à risque suicidaire :**  Il facilite au jeune l’accès aux professionnels de la santé et du social ;  Il favorise la mise en place de dispositifs adaptés au parcours du jeune ;  Il implique le jeune dans le projet.  **Comment ?**  **2 -  Le projet sensibilise les professionnels de la santé et du social sur la nécessité de renforcer la prévention du suicide :**  Il fait une place prépondérante à la formation (mise à jour des compétences/maintien des connaissances, etc.) ;  Il soutient les actions mises en œuvre par les personnes ressources (enquêtes, guides, activités ponctuelles, etc.).  **Comment ?**  **3-  Le projet encourage la coordination et la collaboration entre de multiples secteurs de la société :**    Il garantit la coopération entre professionnels de la santé et du social ;  Il développe les partenariats entre établissements publics et privés, associations, écoles, centres de santé, etc.;  Il implique/prend des mesures au niveau de la population/communauté.  **Comment ?** |

|  |
| --- |
| **BUDGET ET FINANCEMENT** |
| **Coût du projet**  Click here to enter text. |
| **Sources de financement du projet**  Click here to enter text. |

|  |
| --- |
| **IMPACT DU PROJET** |
| **Indicateurs à court, moyen et long terme**  Click here to enter text. |

|  |
| --- |
| **Résultats**   * **Attendus**   Click here to enter text.   * **Obtenus** (en cas de renouvellement de la demande)   Click here to enter text. |

|  |
| --- |
| **MATERIEL SUR LEQUEL SERA APPOSE LE SIGLE** |
| Click here to enter text. |

|  |
| --- |
| **PIECES REQUISES** |
| Présentation détaillée du projet |
| Le présent formulaire |

Partie réservée à aiRe d’ados

**Approuvé Rejeté**

Remarques :

Click here to enter text.

Nom et Prénom :Click here to enter text.

Groupe :Click here to enter text.

Date :Click here to enter a date. Signature :