****

|  |  |
| --- | --- |
| **AXE SAUVER DES VIES - DEFIBRILLATEURS**  **DOSSIER DE CANDIDATURE**  **UTILISER EXCLUSIVEMENT LE FORMULAIRE**  **CI-DESSOUS** |  |



**Date limite de dépôt des candidatures : 30/10/2020**

**Nom de la collectivité territoriale :**

**Quelques informations concernant la collectivité (nombre d’habitants, superficie, etc.) :**

**Votre collectivité a-t-elle déjà été soutenue par la Fondation d’entreprise CNP Assurances ?**

**Votre collectivité est-elle déjà équipée de défibrillateurs ? Si oui, précisez le nombre et les emplacements (si possible joindre une cartographie lisible, comportant une échelle et indiquant les équipements déjà en place).**

**Ces équipements ont-ils déjà servi ?**

**Votre collectivité a-t-elle déjà réalisé des actions de sensibilisation de la population ou envisage-t-elle d’en organiser à l’avenir ?**

**Coordonnées du représentant légal de la collectivité territoriale, signataire de la convention de mécénat :**

Nom, Prénom :

Fonction :

Adresse :

Téléphone :

Email :

**DESCRIPTION DU PROJET**

1. **Intitulé du projet :**
2. **Contexte :**
3. **Quels sont les partenaires avec lesquels vous avez conçu le projet :** des professionnels de la santé et du secours (SAMU, pompiers, organismes de sensibilisation, associations, médecins locaux…) ?
4. **Quel est le type d’équipement que vous comptez mettre en place dans le cadre du projet ?** (Modèle, marque, prix, achat ou location)
5. **Justification des lieux d’implantation de l’équipement** (accessibilité, absence d’autres appareils à moins de 5 minutes en moyens de locomotion, photos, etc.)
6. **Maintenance et remplacement :** Description succincte de l’organisation de la maintenance et du remplacement
7. **Moyens de traçabilité des équipements :** description succincte du dispositif mis en œuvre par la collectivité
8. **Par qui seront réalisées la formation et la sensibilisation aux gestes qui sauvent**(pompiers, Croix Rouge, Samu, association, etc.) ? Description précise du dispositif.
9. **Quelles seront précisément les actions d’information** permettant de réaliser une **formation** « aux gestes qui sauvent » aux personnes en proximité de l’appareil et susceptibles de l’utiliser, ainsi qu’**une ou plusieurs séances de** **sensibilisation** destinées àla population **(Internet, presse, dépliants, panneaux lumineux, flyers, affiches, manifestations, etc.…) ?**
10. **Financement du projet :** description dubudget prévisionnel
11. **Calendrier prévisionnel pour la réalisation du projet** (le soutien sera versé sur présentation de la facture acquittée dans un délai maximum de 12 mois à compter de la décision du CA de la Fondation d’entreprise CNP Assurances)

**Nous vous remercions de joindre à votre dossier :**

* **Les devis** (équipements, formation, information)
* **Une cartographie lisible des lieux d’implantation des DAE existants et du futur DAE comportant une échelle.**

**RAPPEL**

* La Fondation d’entreprise CNP Assurances ne soutient pas :
* Les projets déjà réalisés : pas de soutien rétroactif ; les factures devront être établies postérieurement à la date du conseil d’administration de la Fondation ayant accordé le soutien au projet ;
* La seule acquisition de l’équipement (le projet doit obligatoirement inclure un programme de sensibilisation et d’information de la population) ;
* Les dépenses liées à l’installation et à la maintenance obligatoire des défibrillateurs.
* Après obtention du soutien, la collectivité territoriale s’engage à signer avec la Fondation d’entreprise CNP Assurances une convention de mécénat.

Fondation d’entreprise CNP Assurances – Siège social : 4, place Raoul Dautry 75716 Paris cedex 15

Identifiée SIREN numéro 794 697 706