



DEMANDE DE SUBVENTION MSA Haute Normandie Année 2026

Date de dépôt :

Nom de la structure

Etablissement / Association :

Fonction :

Adresse :

Téléphone :

Adresse électronique :

Titre du projet

S'agit-il d'une 1^{ère} demande : ☐ OUI ☐ NON (Si non : fournir l'évaluation du projet N-1)

Nom du responsable du projet

Nom :

Fonction :

Téléphone :

Adresse électronique :

Les grandes lignes du projet

Décrire en quelques lignes les éléments de diagnostic à l'origine du projet ?

Domaines

Famille :

- ☐ Petite enfance
- ☐ Enfance
- ☐ Jeunesse
- ☐ Parentalité
- ☐ Autres à préciser :

Santé/Précarité :

- ☐ Prévention
- ☐ Inclusion
- ☐ Répit
- ☐ Autres à préciser :

Retraite/Autonomie :

- ☐ Isolement
- ☐ Autres à préciser

Objectifs :

. Généraux :

. Opérationnels :

Description du projet / de l'action (contenu, plan d'action...)

Public(s) cible(s)

Ressortissants MSA

☐ La part d'adhérents MSA concernés :

☐ Quel(s) partenariat(s) envisagez-vous avec la MSA ? :

Territoire(s) d'intervention

Dates de réalisation du projet

Date de début :

Date de fin :

Moyens mobilisés

Moyens internes mobilisés
. Humains :
. Matériels :

Financement	
Coût total estimé :	
Co-financement envisagé :	
<i>Organismes sollicités</i>	<i>Montants sollicités</i>
MSA Haute-Normandie	
Total des montants sollicités :	
<i>Joindre le budget prévisionnel détaillé du projet</i>	

Evaluation

	Méthode	Cibles	Indicateurs	Commentaires
Evaluation qualitative				
Evaluation quantitative				
Mesure d'impacts				

Merci de renvoyer ce document à contactass.blf@hautenormandie.msa.fr