|  |  |
| --- | --- |
| **Demande de financement d’activité junior**  | [Date] |

|  |  |
| --- | --- |
| **Demandeur (AC/AR)**  | **Personne responsable** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|[ ]  AG |  | GE |[ ]  SH/TG |[ ]  VD | Nom |
|[ ]  BB |  | GR |[ ]  SO |[ ]  VS | Fonction au sein de l’association |
|[ ]  BE |  | JU |[ ]  SG/APP |[ ]  ZS | E-mail |
|[ ]  FR |  | NE |[ ]  TI |[ ]  ZH/GL | Téléphone |

| **Lieu, date et heure**  |
| --- |
| Lieu(x) : |  | De : Date | De :  | heures |
| À : Date | A :  | heures |

| **Description des objectifs et de l’activité**  |
| --- |
| Description |

| **Critères** |
| --- |
|  | **Non remplis**  |  | **Complètement remplis**  |
| Représentation positive de la branche et de l’Association |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Bon rapport coût/utilité  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Grandes chances de succès  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Forte orientation sur le groupe-cible  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Répétabilité  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Créativité |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

| **Budget approximatif (y compris un éventuel soutien du fonds)**  |
| --- |
| **Dépenses** | **Recettes** |
|  | CHF |  | CHF |
|  | CHF |  | CHF |
|  | CHF |  | CHF |
|  | CHF |  | CHF |
|  | CHF |  | CHF |
|  | **CHF** |  | **CHF** |

| **Soutien financier demandé**  |
| --- |
| Montant CHF |

Lieu, date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| **Pièces jointes** |
| --- |
|  |

**Remise (date limite fixée au 31 décembre) :**

* E-mail :  info@physioswiss.ch
* Fax : 041 926 69 99
* Courrier postal : physioswiss

Fonds Juniors

Centralstrasse 8b

CH-6210 Sursee