

Démarche	: Appel à manifestation d'intérêt – Déploiement de programmes de promotion de la santé sur l'alimentation et l'activité physique des enfants et des jeunes en région Bretagne
Organisme	: Direction adjointe prévention et promotion de la santé

Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Etablissement SIRET	<input type="text"/>
Dénomination	<input type="text"/>
Forme juridique	<input type="text"/>

Formulaire

L'amélioration de la santé des enfants et des jeunes constitue une priorité nationale. En France, la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les 6-18 ans demeure préoccupante : près d'un enfant sur cinq est en surcharge pondérale, dont plus de 5% en situation d'obésité. Ces chiffres traduisent des inégalités sociales marquées et exposent à des risques cardio-métaboliques et psychosociaux à long terme.

Face à ces constats, il est essentiel de promouvoir des environnements favorables à la santé et de renforcer les compétences des enfants et des jeunes pour adopter des comportements durables.

L'appel à manifestation d'intérêt (AMI) vise à soutenir le déploiement de programmes probants ou prometteurs sur l'alimentation et l'activité physique des enfants et des jeunes.

Cet AMI vise à soutenir le déploiement de projets basés sur :

- La démarche ICAPS (intervention centrée sur l'activité physique et la réduction de la sédentarité), destinée aux jeunes de 6 à 18 ans. Elle s'appuie sur un modèle socio-écologique et a démontré son efficacité pour augmenter la pratique physique et réduire le temps d'écran.
- L'outil Petit CABAS (Conseil – Alimentation - Bien-Etre - Activité physique – Santé), conçu pour les enfants en école primaire, qui permet une approche éducative globale de l'alimentation, en développant l'esprit critique et les compétences pour des choix éclairés.

Ces interventions s'inscrivent dans une stratégie intégrée de promotion de la santé, visant à agir simultanément sur les comportements individuels et les environnements scolaires, familiaux et communautaires.

Dans le cadre du dépôt de votre dossier, l'ARS Bretagne collecte vos données personnelles afin d'assurer le traitement de votre candidature. Vos données sont conservées pour une durée de 3 ans et sont uniquement destinées à la Direction de la Santé Publique de l'ARS Bretagne. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits Informatique et libertés, contactez le Délégué à la Protection des Données de l'ARS Bretagne par mail à : ARS-BRETAGNE-CIL@ars.sante.fr ou par voie postale.

Démarche mise en œuvre

Quel projet allez-vous déployer?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

ICAPS

Petit Cabas

COORDONNÉES DES STRUCTURES PARTENAIRES DU PROJET

1ère Structure (Porteuse du Projet)

Nom de la structure

N° SIRET

Prénom NOM du représentant légal

Fonction du représentant légal

Adresse de la structure

Prénom NOM de l'interlocuteur du projet

Fonction de l'interlocuteur du projet

N° de téléphone de l'interlocuteur du projet

E-mail de l'interlocuteur du projet

Nom de la structure

N° SIRET

Prénom NOM du représentant légal

Fonction du représentant légal

Adresse de la structure

Fonction de l'interlocuteur du projet

N° de téléphone de l'interlocuteur du projet

E-mail de l'interlocuteur du projet

Nom de la structure

N° SIRET

Prénom NOM du représentant légal

Fonction du représentant légal

Adresse de la structure

Prénom NOM de l'interlocuteur du projet

Fonction de l'interlocuteur du projet

N° de téléphone de l'interlocuteur du projet

E-mail de l'interlocuteur du projet

2ème Structure (Structure partenaire)

Nom de la structure

N° SIRET

Prénom NOM du représentant légal

Adresse de la structure

Prénom NOM de l'interlocuteur du projet

Fonction de l'interlocuteur du projet

N° de téléphone de l'interlocuteur du projet

E-mail de l'interlocuteur du projet

Nom de la structure

N° SIRET

Prénom NOM du représentant légal

Fonction du représentant légal

Adresse de la structure

Prénom NOM de l'interlocuteur du projet

Fonction de l'interlocuteur du projet

N° de téléphone de l'interlocuteur du projet

E-mail de l'interlocuteur du projet

Nom de la structure

Appel à manifestation d'intérêt – Déploiement de programmes de promotion de la santé sur l'alimentation

N° SIRET

Prénom NOM du représentant légal

Fonction du représentant légal

Adresse de la structure

Prénom NOM de l'interlocuteur du projet

Fonction de l'interlocuteur du projet

N° de téléphone de l'interlocuteur du projet

E-mail de l'interlocuteur du projet

3ème structure (structure partenaire)

Nom de la structure

N° SIRET

Prénom NOM du représentant légal

Fonction du représentant légal

Adresse de la structure

Prénom NOM de l'interlocuteur du projet

Fonction de l'interlocuteur du projet

Appel à manifestation d'intérêt – Déploiement de programmes de promotion de la santé sur l'alimentation

N° de téléphone de l'interlocuteur du projet

E-mail de l'interlocuteur du projet

Nom de la structure

N° SIRET

Prénom NOM du représentant légal

Fonction du représentant légal

Adresse de la structure

Prénom NOM de l'interlocuteur du projet

Fonction de l'interlocuteur du projet

N° de téléphone de l'interlocuteur du projet

E-mail de l'interlocuteur du projet

Nom de la structure

N° SIRET

Prénom NOM du représentant légal

Fonction du représentant légal

Adresse de la structure

Appel à manifestation d'intérêt – Déploiement de programmes de promotion de la santé sur l'ali

Prénom NOM de l'interlocuteur du projet

Fonction de l'interlocuteur du projet

N° de téléphone de l'interlocuteur du projet

E-mail de l'interlocuteur du projet

DESCRIPTION DU PROJET

Territoire concerné

Merci d'indiquer la ou les ville(s)

Eléments de diagnostic

(pour les établissements scolaires porteurs de projets ICAPS, préciser comment ce projet s'inscrit au sein du projet d'école ou d'établissement (et donc au sein du parcours éducatif de santé, en lien avec la démarche Ecole promotrice de Santé))

Objectifs

Publics visés

Pour les jeunes, préciser les âges, niveaux scolaires ciblés.

Modalités de mise en œuvre envisagées

(pour les établissements scolaires porteurs de projets ICAPS, préciser les modalités pédagogiques qui pourraient être projetées, les personnels et les disciplines impliquées dans le projet, la prise en compte des compétences psychosociales)

Appel à manifestation d'intérêt – Déploiement de programmes de promotion de la santé sur l'ali

Partenariats envisagés

(pour les établissements scolaires porteurs de projets ICAPS, préciser comment ce projet s'inscrit dans les projets éducatifs locaux, les politiques publiques en matière de mobilité active, le tissu associatif local et comment les parents seront mobilisés dans le projet)

Durée du projet

Composition de l'équipe projet (Nom/Prénom/structure/profil/contact des membres de l'équipe projet)

Nom/Prénom/structure/profil/contact des membres de l'équipe projet

Outils

Commentaire(s)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Annexes/Pièces jointes

Tous documents utiles venant en appui de la démarche engagée peuvent être joints au dossier de candidature (courriers d'engagement des partenaires, mobilisation préalable...)

Engagement de la structure porteuse du projet

Je soussigné(e) - Prénom NOM Fonction

Déclare :

-certifier exactes et sincères les informations du présent dossier

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Signature

insérer ici la signature électronique du responsable légal de l'établissement demandeur