

**Fiche d’intention d’action**

**Moi(s) sans tabac**

***Document à retourner à :*** [moisanstabac.grandest@anpaa.asso.fr](mailto:moisanstabac.grandest@anpaa.asso.fr)

|  |  |
| --- | --- |
| **Merci de remplir cette feuille même si le projet n’est pas stabilisé et même si vous laissez des cases vides : vous pourrez reprendre contact avec nous selon vos besoins.** | |
| **Titre** |  |
| **Evènement date début** |  |
| **Evènement date fin** |  |
| **Evènement horaires** | Heure de début - Heure de fin |
| **Evènement lieu** | Lieu + ville |
| **Porteur de l'action** | |  |  | | --- | --- | | Nom : ……………………………………………..  ……………………………………………………..  Sigle : …………………………………………….. | **Contact 1**(Obligatoire) **:** …………………………..  Mail: ……………………………………………………  …………………………………………………………..  Tél.: …………………………………………………….  **Contact 2  :** …………………………………………..  Mail: ……………………………………………………  …………………………………………………………..  Tél.: ……………………………………………………. | |
|  | |
| **Fréquence** | Ponctuelle *(une action qui a lieu à une date précise (ex. une journée mondiale…)*  Répétitive *(une même action ponctuelle répétée à des moments différents dans des lieux différents)*  Suivie *(action sur une population, avec un suivi de cette population (ex. point écoute, atelier santé…)* |
| **Lieu d’intervention** | Etablissement d’enseignement : précisez (ex : *organisme de formation professionnelle, lycée, université, etc…*) : ……………………………………………………………………………..…  Cabinet médical et paramédical  Centre communal d’action sociale  Espace et centre de loisirs et sportif  Centres commerciaux, marchés  Centre de soins, établissement de santé, centre de santé, MRS  Centre social  CSAPA – CAARUD  Etablissement pénitentiaire  Etablissements et services médico-sociaux – précisez (ex : *structure d’hébergement, en charge de la distribution alimentaire*, etc.) :………………………………………………..……  …………………………………………………………………………………………………………………  Lieu de travail – entreprise (précisez le secteur d’activité) : ……………………...…….……  Lieu de travail - collectivité locale  Lieu de travail - administration publique  Lieu festif  Manifestation publique  Mission locale  Association : précisez le secteur ……………………………………………………………………  Structure d’accueil pour les jeunes – précisez : …………………………………………………  Structure en charge de la distribution de l’aide alimentaire  Autre – Précisez …………………………………………………...…………………………………… |
| **Public(s)**  Le public coché doit être celui à qui s’adresse DIRECTEMENT l’action et non les bénéficiaires indirects. | Homme   Femme   Préadolescents (10-12 ans)   Adolescents (13-18 ans)   Jeunes 18-25 ans   Personnes de plus de 55 ans   Salariés : précisez le secteur d’activité : …………………………………………………………   Femmes enceintes   Parents   Patients   Personnes en situation de handicap   Habitants   Etudiants, apprentis   Jeunes 16-25 ans en insertion professionnelle   Personnes détenues ou sous-main de justice   Personnes immigrées   Personnes prostituées   Usagers de drogues   Personnes sans domicile fixe   Chômeurs   Personnes en difficulté socio-économique   Tout public *(si aucun type de public particulier ne peut être coché)*   Autre : précisez : …………………………………………………………………………………… |
| **Type d’action** | Affichage (papier ou digital), stand, distribution de documentation    Réunion d’information, conférence    Consultation individuelle ou collective    Atelier collectif - autre que consultation et réunion d’information (sport, sophrologie….)    Manifestation évènementielle (ex gala de soutien)    Autre : précisez : ………………..……………………………………………………………… |
| **Portée géographique** | Communes :  Départements :  Niveau géographique :   Régional   Départemental   Communal   Structure |
|  | |
| **Objectif(s) de l'action** | Susciter l’intérêt et l’inscription à l’opération (stand d’information, affichage, inciter les fumeurs à s’inscrire sur le site ou l’appli Tabac Info Service…)    Accompagner l’arrêt (consultation d’arrêt du tabac, ateliers collectifs, remise d’un starter de traitements de substitution nicotinique de 7 jours, etc.)    Manifester l’engagement collectif (défi sport, manifestation culturelle, concert…)    Autre : précisez : ………………..……………………………………………………………… |
| **Description** |  |
| **Partenaires de l’action** |  |
| **Outils et supports utilisés** |  |
| **Outils et supports créés** |  |
| **Nombre de personnes ciblées (= nb estimé)** |  |
| Complément porteur de l’action | N° de SIRET (Obligatoire) : ……………………  Adresse postale : ………………………………  ……………………………………………………..  ……………………………………………………..  Tél. : ……………………………………………….  Mail : ……………………………………………...  ………………………………………………………  Site internet : ……………………………………. |
| **Observation/ Commentaires** |  |
| **Communication** | **Relations presse envisagées :** Oui 🞎 Non 🞎  **Communication et valorisation de l’action envisagées :** Oui 🞎 Non 🞎  ………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….……………… |