



## Demande de partenariat

### IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

N° SIRET :

NOM DE LA STRUCTURE :

ADRESSE :

TELEPHONE :

E-MAIL :

STATUT JURIDIQUE :

EFFECTIF :

TYPOLOGIE DU PERSONNEL :

- Assistante Sociale  
 Personnel médical  
 Personnel administratif  
 Autre Précisez :

PUBLIC RENCONTRÉ (choix multiples) :

- Jeunes – 25 ans  
 Seniors  
 Personnes en situation de précarité  
 Personnes handicapées  
 Personnes atteintes d'une pathologie (ex : malade chronique)  
 Autre Précisez :

VOLUMÉTRIE (Chiffre global sur 1 an) :

TYPES D'INTERVENTIONS REALISÉES PAR LA STRUCTURE :

### PERSONNE EN CHARGE DU PROJET

NOM / PRENOM :

QUALITÉ :

ADRESSE (si différente de la structure) :

TÉLÉPHONE :

E-MAIL :

## DESCRIPTION DE LA DEMANDE

### Décrire le contexte de la demande (joindre une PJ si besoin) :

*quelle est la problématique rencontrée, argumentation du besoin*

### Quels sont les objectifs à atteindre :

*(objectifs généraux, opérationnels, résultats attendus d'une collaboration avec la Cnam)*

### Population(s) concernée(s) : Catégorie : Cases à cocher (choix multiples)

**Volumétrie**

- Jeunes – 25 ans
- Seniors
- Personnes en situation de précarité
- Personnes handicapées
- Personnes atteintes d'une pathologie (ex : malade chronique)
- Autre - Précisez :

### Secteur(s) concerné(s) :

- Langonnais
- Libournais
- Médoc
- CUB Rive Gauche
- Blayais
- Sud Bassin / Nord Bassin
- CUB Rive Droite

### Calendrier souhaité

*(Merci d'indiquer la période)*

3ème trimestre 2017

4ème trimestre 2017