

DOSSIER DE CANDIDATURE

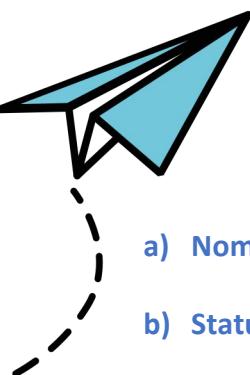
A compléter et valider avant le 28/02/2026 à 23h59

Nous vous invitons au préalable à consulter la note explicative et à vérifier les conditions suivantes :

- a) Vous êtes une association ou organisme **local(e), d'intérêt général**, éligible au mécénat. Le porteur de projet ne pourra être ni une organisation à but lucratif, ni une organisation disposant d'un statut commercial (SA, SARL, SAS, etc...)
- b) Vous agissez dans le domaine de la santé et/ou développez une solution facilitant l'accès aux soins sur le territoire.
- c) Le champ géographique du projet est : Hauts-de-France - Marne - Ardennes.
- d) Vous disposez bien des documents à joindre au formulaire avant envoi :
 - Composition de l'organe directeur, liste des fondateurs, noms des associés**
 - Statuts**
 - Publication au Journal Officiel ou Kbis**
 - RIB**
 - Note complémentaire/Courrier de motivation*
 - Devis*
 - Photos*

* Pièces facultatives **Pièces obligatoires

Les dossiers non complets ou imprécis ne seront pas étudiés.



1. VOTRE ORGANISME (PORTEUR DU PROJET)

- a) Nom de l'organisme :
- b) Statut juridique :
- c) Adresse :
- d) Code postal :
- e) Ville :
- f) Téléphone :

g) Email :

h) Site web :

PERSONNE REFERENTE DU DOSSIER

i) Civilité : Madame Monsieur

j) Nom et prénom :

k) Fonction :

Coordonnées (si différentes de l'organisme) :

l) Adresse postale :

m) Téléphone portable :

n) Email :

SIGNATAIRE DES CONVENTIONS DE MECENAT

o) Civilité : Madame Monsieur

p) Nom et prénom :

q) Fonction :

r) Votre structure est-elle cliente du CMNE ?

Oui

Si oui, agence de :

Non

s) Année de création de votre structure :

t) Budget annuel (année N-1) :

u) Votre structure est-elle affiliée à un réseau national ?

Oui (en cochant cette case, vous gardez que votre structure, bien qu'affiliée à ce réseau national, demeure une entité juridique distincte capable localement de contracter en toute autonomie avec des tiers)

Non



2. ACTIVITE DE VOTRE ORGANISME

a) Activité générale (*merci de synthétiser en 20 lignes max*) :

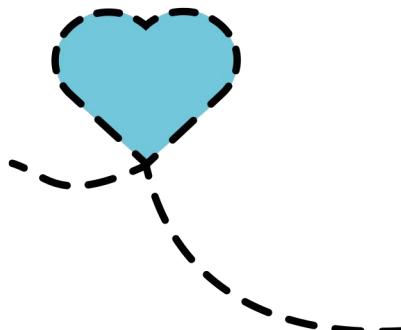
b) Rayonnement de l'activité :

Local

Départemental

Régional

National



c) Nombre de bénévoles :

d) Nombre de salariés :

3. PRESENTATION DE VOTRE PROJET A LA FONDATION CMNE

a) Public ciblé par votre projet :

Des personnes malades/fragiles/âgées n'ayant pas ou plus leur autonomie.

Des personnes malades isolées socialement et/ou géographiquement.

Des personnes en situation de précarité qui retardent leurs soins faute de moyens ou par méconnaissance des solutions existantes.

Des jeunes personnes en situation de mal-être ou de solitude et dépourvues de solutions de proximité.

Autres :

b) Votre projet cible-t-il une maladie/un soin en particulier ?

si oui, précisez :

non

c) Résumez-le en une phrase le plus clairement possible :

d) Expliquez de manière synthétique en quoi consiste ce projet, précisez si possible les actions concrètes mises en œuvre (30 lignes max) :

- e) Moyens matériels, technologiques et humains nécessaires à la réalisation du projet :
- f) Lieu du projet (Attention, si le projet ne concerne pas notre territoire ou s'il a une dimension nationale, le dossier ne pourra pas être sélectionné) :
- g) Pouvez-vous évaluer le nombre de bénéficiaires de ce projet ? Si oui, quel est-il ?
- h) Difficultés potentielles identifiées :



i) Selon quel planning prévoyez-vous de réaliser ce projet ? (Différentes étapes - 10 lignes max) :

<i>Mois</i>	<i>Année</i>	<i>Etape</i>

j) Pérennité du projet : le projet est une action :

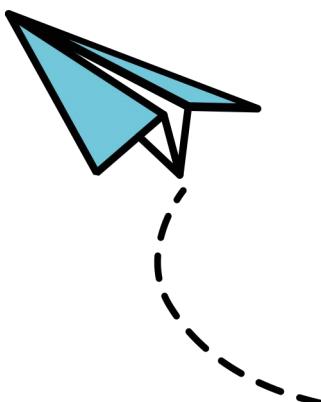
Ponctuelle

Ayant vocation à durer après le soutien de la Fondation d'Entreprise CMNE

Dans quelle mesure ? Inférieur à 2 ans

Entre 2 et 5 ans

Supérieur à 5 ans



k) Budget prévisionnel du projet

<i>Charges</i>	<i>Montants</i>	<i>Produits</i>	<i>Montants</i>
	<i>Total :</i>		<i>Total :</i>

l) Quels sont, le cas échéant, les partenariats déjà acquis dans le cadre de ce projet (préciser nom et montant) ?

m) Evaluation du projet :

j1) Le projet fera-t-il l'objet d'une évaluation ? OUI NON

j2) Si oui, nature du reporting fourni à la Fondation d'Entreprise CMNE :

4. SOLICITATION AUPRES DE LA FONDATION CMNE

- a) Montant sollicité :
- b) Objet et affectation du don :

5. COMMUNICATION

Quelles actions de communication prévoyez-vous de mettre en place dans le cadre de votre projet ?

Site internet

Réseaux sociaux (Facebook, Twitter, Instagram)

Communiqué de presse

Affiches

Flyers

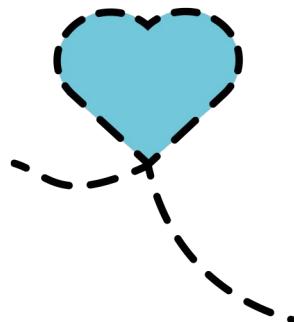
Invitations

Plaquette institutionnelle

Rapport annuel

Evènementiel

Autres

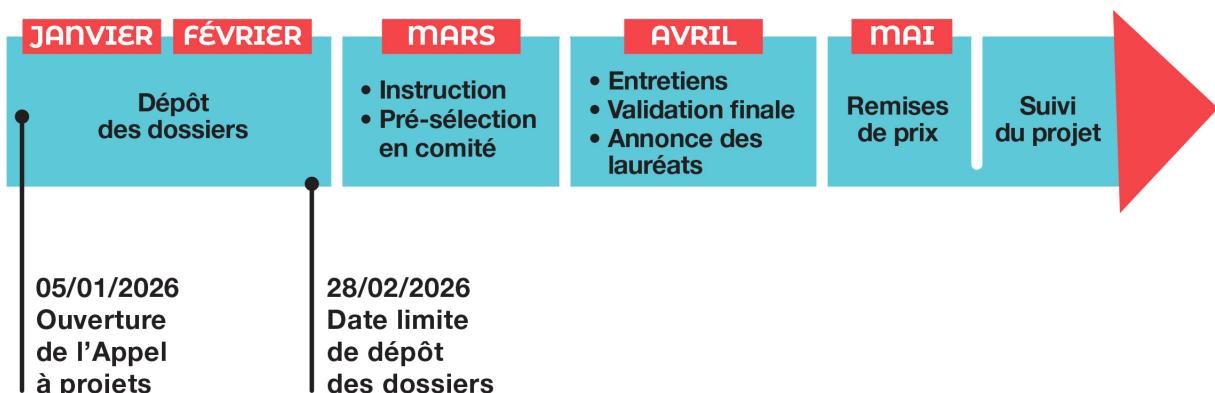


6. PIECES A JOINDRE au dossier

- Composition de l'organe directeur, liste des fondateurs, noms des associés**
- Statuts**
- Publication au Journal Officiel ou Kbis**
- RIB**
- Note complémentaire/Courrier de motivation*
- Devis*
- Photos*

**Pièces obligatoires * Pièces facultatives

RAPPEL : CALENDRIER DE CET APPEL A PROJETS :



Je confirme que j'ai bien pris connaissance de la Politique de Confidentialité du Crédit Mutuel Nord Europe et j'accepte que mes données soient utilisées conformément à celle-ci. [Lire notre politique de confidentialité](#)

Merci de prendre encore 1 minute pour répondre à la question suivante

COMMENT AVEZ-VOUS EU CONNAISSANCE DE CET APPEL A PROJET?

Site Internet de la Fondation CMNE

Réseaux sociaux (préciser lequel) :

Site(s) d'association(s) déjà partenaire(s) (merci de préciser) :

Email annonçant l'appel à projets

Contact avec un collaborateur CMNE ou un membre de la Fondation CMNE

Communication au sein d'une agence CMNE (ex : écran dynamique)

Recommandation d'une autre association ou fondation

Autre, merci de préciser :

Partie réservée à la Fondation

Dossier reçu le :

- Complet
- Incomplet ou imprécis
- En attente d'éléments complémentaires demandés le : reçus le :
- Recevable
- Non recevable

Passage en comité de sélection oui non

Note

Avis du comité de sélection :