****

**Opération « Un but et au lit »**

**Edition 2019-2020**

**Formulaire de réponse**

*Rappel : le présent formulaire doit être renvoyé dûment rempli, avant le lundi 2 décembre 2019 17h, à l’adresse suivante :* [*i.agez@fhf.fr*](mailto:i.agez@fhf.fr)*.*

*Pour toute question, vous pouvez contacter Alexandre Mokede (*[*a.mokede@fhf.fr*](mailto:a.mokede@fhf.fr)*; 0144068448) ou Isabelle Agez (*[*i.agez@fhf.fr*](mailto:i.agez@fhf.fr)*; 0144068443), au pôle Offre de Soins de la Fédération hospitalière de France*

1. **Description de l’établissement**

* Etablissement :
* Adresse :
* Référent(e) du dossier :
  + Nom, fonction :
  + Adresse e-mail :
  + Téléphone :
* Service ou unité ou pôle demandeur :
* Nombre de lits du service (ou unité ou pôle…) pour lequel la demande est faite :
* Nombre de lits en chambre seule :
* Nombre de lits en chambre double :
* Pathologies les plus communes prises en charge dans le service (ou unité ou pôle…) :

1. **Description du projet**

* Nombre de lits accompagnants demandés :
* Description des lits souhaités  (une dizaine de lignes maximum – il est possible de joindre des photographies, pages de catalogues, liens…) :
* Lien avec le projet de service (1 page maximum) :
* Actions déjà entreprises par le service pour améliorer l’accompagnement des enfants par leurs parents (1 page maximum) :

1. **Chiffrage**

* Coût prévisionnel de la demande (joindre le(s) devis correspondant(s)) :
* Financement intégral par l’Opération « Un but et au lit » ou cofinancement (par l’établissement ou un autre partenaire) ? :

1. **Engagement institutionnel**

L’établissement candidat s’engage à :

* Utiliser les dons reçus de la Ligue de Football Professionnel pour acheter des lits d’accompagnement conformément aux informations communiquées dans le présent formulaire ;
* Communiquer à la Fédération hospitalière de France toute information complémentaire nécessaire à un éventuel examen approfondi de sa candidature.
* Date et signatures :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Responsable paramédical | Responsable médical | Directeur/trice de l’établissement |
| Nom, fonction : | Nom, fonction : | Nom : |
| Signature | Signature | Signature |