## **Intitulé de l’action**

|  |
| --- |
|  |

## **Référent(e) de l’action**

|  |
| --- |
|  |

## **Acteurs mobilisés (membres de l’ESP et partenaire(s) participant à l’action)**

|  |
| --- |
| -  -  -  -  -  -  - |

## **Durée de l’action**

|  |  |
| --- | --- |
| Date de début de mise en œuvre : | Date de fin : |

## **Population cible (nombre de patients concernés par l’action)**

|  |
| --- |
|  |

## **Description de l’action**

|  |
| --- |
|  |

## **Budget**

|  |  |
| --- | --- |
| Prévisionnel : | Coût réel |

## **Modalité d’évaluation (définition des indicateurs)**

|  |
| --- |
| -  -  - |

Fait à

Le \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Signature du/de la Président(e) Signature du/de la référent(e)