**PROJET**

**Dons aux micro-projets locaux contribuant à la sécurité humaine(APL)**

**AMBASSADE DU JAPON**

**B.P.2259 Libreville – GABON**

 **TEL : 01 73 22 97 FAX : 01 73 60 60**

I. DETAILS DU PROJET :

1. TITRE DU PROJET :

2. SITE DU PROJET :

-EMPLACEMENT :

-PROVINCE :

-DISTANCES PAR RAPPORT AUX VILLES CONNUES ET LES PLUS PROCHES NOM DE LA VILLE : DIRECTION :

DISTANCE : KM

3. PROBLEMES ACTUELS :

 4. OBJECTIFS DU PROJET A ATTEINDRE :

5. DESCRIPTION DETAILLEE DU PROJET :

6. POPULATION ESTIMEE DEVANT BENEFICIER DU PROJET

 7. EFFETS ATTENDUS DU PROJET (décrire la relation entre le projet

et les objectifs et expliquez en détail comment le projet contribuera à la

réalisation des objectifs fixés)

8. COUT TOTAL ESTIMÉ DU PROJET

( Veuillez joindre la liste détaillée des équipements que vous achetez avec le fonds de l’APL.)

9. SI LE COUT TOTAL DÉPASSE LE BUDGET DE L’APL(40millions de F.CFA), COMMENT COMPTEZ VOUS FINANCER LE RESTE?

II. ORGANISME BENEFICIAIRE :

1. NOM :

2. ADRESSE COMPLETE :

VILLE / PROVINCE :

3. N° TEL et FAX :

- CEL : / - E-MAIL :

4. RESPONSABLE DU PROJET

NOM ET PRENOM

TITRE

ADRESSE

- TEL : / - FAX :

- CEL : / - E-MAIL :

5. PERSONNE A CONTACTER

NOM ET

PRENOM

ADRESSE

- TEL : / - FAX :

- CEL : / - E-MAIL :

6. VOTRE ORGANISME A-T-IL DEJA RECU UNE ASSISTANCE FINANCIERE OU TECHNIQUE DES ORGANISATIONS SUIVANTES (si oui, veuillez remplir)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | OUI/NON | NOM DE L’ORGANISME ETNATURE DU DON ET DE CETTE CONTRIBUTION | MONTANT | ANNEE |
| GOUVERNEMENT GABONAIS |  |  |  |  |
| GOUVERNEMENT JAPONAIS |  |  |  |  |
| GOUVERNEMENTS ETRANGERS |  |  |  |  |
| ORGANISATIONS INTERNATIONALES (ONGs) |  |  |  |  |
| AUTRES ( PRECISEZ) |  |  |  |  |

7. REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES CONFORMEMENT A LA NATURE DE VOTRE ORGANISME (remplissez la colonne vous concernant) :

Insérer tout document ou livret de présentation de l’organisation

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Organisation Non- Gouvernementale (ONG) | Etablissement Scolaire/ Institut de Recherche | Hôpital, autre InstitutMédical, Etc. | Communautés locales |
| Année de création :Nombre d’employés :Objectif :Activités principales | Année de création :Nbre d’enseignantsNbre d’élèvesNbre de salle de classeDomaine de recherche( pour les instituts)Genre d’établissement | Année de création :Nombre de médecinsNbre d’infirmiers(es)Nbre de litsCatégorie de Fonds(encercle une)• Publics• Privés• ONGsServices médicaux fournis | Population :Estimation du budget (chaque année fiscale)\* Une documentation complète et détaillée serait souhaitableProblèmes et situations actuelles dans le domaine sous la juridiction du demandeur |

8. DECRIRE BRIEVEMENT VOS ACTIVITES

 Je certifie par la présente que les informations fournies dans ce formulaire sont sincères et correctes et, si nécessaire je fournirai de plus amples informations à la demande de l’Ambassade du Japon. Il est entendu que c’est seulement une demande et qu’aucune objection de ma part ne sera faite si cette demande m’est refusé à la suite de l’évaluation du projet.

DATE :

NOM :

TITRE :

**AIDE NON REMBOURSABLE POUR MICRO-PROJETS LOCAUX (APL)**

VEUILLEZ REMPLIR LE FORMULAIRE DE DEMANDE D’AIDE POUR VOTRE PROJET EN PRESENTANT LES DOCUMENTS CI-APRES :

1. FACTURES PROFORMA DES MARCHANDISES/ SERVICES

2. BROCHURE OU DOCUMENT PRESENTANT L’ORGANISME ET RAPPORT D’ACTIVITES DE L’ORGANISME(FACULTATIF)

3. AUTRES DOCUMENTS PERMETTANT DE MIEUX CONNAITRE L’ORGANISME ET LE PROJET(FACULTATIF)

**AMBASSADE DU JAPON**