**Appel à micro-projet (AMP) pour le renforcement des OSCs actives dans l'humanitaire au Mali pour améliorer leur gestion de risques sécuritaires**

**Projet PARTAGE**

**Annexe : Canevas de soumission**

Les organisations et associations sont priées de fournir les informations ci-dessous pour leur candidature :

1. Brève description de l’organisation/Association, *(merci de préciser dans le tableau ci-dessous le mandat, les domaines/secteurs et les zones prioritaires de votre organisation/association.* ***Maximum 1000 caractères****)*

|  |
| --- |
| 1. ***Année de création :*** 2. ***Nombre de salariés H/F :*** 3. ***Nombre de volontaires H/F :*** 4. ***Budget 2024 XOF :*** |

1. Résumé des besoins et des problématiques identifiés par l’organisation/Association en matière de gestion des risques de sécurité. ***Maximum 1000 caractères.***

|  |
| --- |
|  |

1. Veuillez indiquer comment l’octroi d’un tel financement pourrait avoir un impact significatif sur votre organisation/association notamment en matière de gestion des risques de sécurité. ***Maximum 1000 caractères.***

|  |
| --- |
|  |

1. Détails financiers de la demande *(veuillez renseigner le tableau ci-dessous en précisant les activités prévues et les coûts par activité, vous pouvez ajouter des lignes mais merci de ne pas dépasser 15 à 20 lignes pour le tableau)*. **Le montant maximum alloué par microprojet est compris entre 500 à 4500 EUR.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Désignation | Unité | Quantité | Fréquence | Coût unitaire (en XOF) | Coût total (en XOF) |
| Sous-activité 1 |  |  |  |  | XXXX |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Sous-activité 2 |  |  |  |  | XXXX |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Sous-activité 3 |  |  |  |  | XXXX |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Coût total** |  |  |  |  | **XXXX** |

1. En cas de cofinancement merci d’expliquer ici les sources de financement (fonds propres, autres projets etc.) ainsi que le montant total de cofinancement prévu ***Maximum 500 caractères.*** :

|  |
| --- |
|  |

1. Calendrier de mise en œuvre des actions *(veuillez préciser la période de mise en œuvre de chaque action prévue)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Activités | Personne en charge (Responsable) | Période de mise en œuvre | | | |
| Mois 1 | Mois 2 | Mois 3 | Mois 4 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |