

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE SOUTIEN PROFESSIONNEL  
EN ORGANISATION COMMUNAUTAIRE ET SAINES HABITUDES DE VIE**

Organisation communautaire Lutte aux inégalités sociales de santé  
Direction de santé publique (DSPu)

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (CISSS) de l'Outaouais

**1. Information sur la personne responsable de la demande**

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Nom et fonction de la personne responsable de la demande :

Date :

**2. Champ d'intervention**

SAINES HABITUDES DE VIE

ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

**3. Type d'organisation**

- Organisme communautaire
- Coopérative/économie sociale
- Regroupement/concertation/municipalité
- Service de garde
- Scolaire
- Comité de travail
- Club social/association
- Entreprise
- Citoyen
- Autre (spécifiez) :

**4. Groupe d'âge**

- Enfants 0-5 ans
- Enfants 6-12 ans
- Jeunes 13-17 ans
- Adultes 18-64 ans
- Personnes 65 ans et plus
- Toute population

**5. Type de soutien et d'accompagnement demandé**

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Analyse/connaissance du milieu</li> <li><input type="checkbox"/> Campagne de sensibilisation ou d'information</li> <li><input type="checkbox"/> Concertation/parteneriat</li> <li><input type="checkbox"/> Création d'une ressource</li> <li><input type="checkbox"/> Demande de représentation du CISSS</li> <li><input type="checkbox"/> Démarche et recherche de financement</li> <li><input type="checkbox"/> Démarche stratégique auprès de décideurs</li> <li><input type="checkbox"/> Étude de besoin/sondage</li> <li><input type="checkbox"/> Événement - organisation</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Événement – animation Gouvernance</li> <li><input type="checkbox"/> Formation – organisation</li> <li><input type="checkbox"/> Formation – animation</li> <li><input type="checkbox"/> Gouvernance</li> <li><input type="checkbox"/> Mobilisation citoyenne – organisation</li> <li><input type="checkbox"/> Rencontre – organisation</li> <li><input type="checkbox"/> Rencontre – animation</li> <li><input type="checkbox"/> Rôle conseil</li> <li><input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) :</li> </ul> |
|--|---|

## 6. Description du contexte et du projet

## 7. Rôle attendu de la personne ressource professionnelle (son mandat)

## 8. Durée et échéancier

### Durée estimée :

- Ponctuelle
- Court terme (1 à 3 mois)
- Moyen terme (4 à 12 mois)
- Long terme (plus d'un an)
- Autre (spécifiez) :

### Échéancier :

Date de début :

Date de fin (estimé) :

Fréquence des rencontres :

## 9. Nom des personnes ressources du CISSS de l'Outaouais avec qui vous avez discuté (s'il y a lieu)

## 10. Commentaires et autres précisions

## 11. Veuillez retourner cette demande dûment remplie par courriel

À l'attention de :

Direction de santé publique – Organisation communautaire Lutte aux inégalités sociales de santé  
[07CISSSO.soutiencommunaute.santepublique@ssss.gouv.qc.ca](mailto:07CISSSO.soutiencommunaute.santepublique@ssss.gouv.qc.ca)

## Décision

Suite à l'analyse de votre demande, une réponse vous sera communiquée dans les meilleurs délais par téléphone ou par courriel.