

**2024 FDI Smile Grant**

# Formulaire de candidature

**Date limite 1 Février 2024**

**Admissibilité**

Toute Association Dentaire Nationale (ADN) membre régulier ou associé de la FDI est éligible. Le Smile Award n'est pas conçu pour soutenir de nouveaux projets. Il ne récompense que les projets actifs qui ont été déployés pendant au moins un an et qui se poursuivront pendant au moins un an de plus.

 Les candidatures éligibles peuvent aborder tous les problèmes et maladies de santé bucco-dentaire, en mettant fortement l'accent sur:

* Résultats attendus en matière d’éducation et de prévention du projet
* Portée du projet et avantages pour la communauté
* Implication des principales parties prenantes
* Résultats durables

Tous les projets doivent être financés par une ADN membre et / ou une autre organisation / institution à but non lucratif, le gouvernement et / ou Colgate. Les projets soutenus par d'autres entreprises partenaires de la FDI ne sont pas éligibles.

Les formulaires de demande remplis doivent être retournés à nnoestfowler@fdiworlddental.org

# Section A: À propos du candidat

## Nom de l'Association dentaire nationale affiliée au projet

**Statut de membre FDI**

Membre Régulier Membre Associé

**Personne de contact**  (responsable de la direction du projet)

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM** |  |
| **POSITION DANS L'ORGANISATION** |  |
| **ADRESSE** |  |
| **TELEPHONE** |  |
| **FAX** |  |
| **E-MAIL** |  |

# Section B: A propos du project

## Resumé

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du project** |  |
| **Lieu** |  |
| **Calendrier du project**dd/mm/yyyy - dd/mm/yyyy |  |
| **INFORMATION GENERALES**Fournir un historique pertinent du domaine / problème et une revue de toute littérature pertinente, 500 mots maximum |  |
| **POPULATION SERVIE PAR PROJET**Décrivez quantitativement et qualitativement la cible de votre projet, 500 mots maximum |  |
| **Objectif du projet**50 mots maximum |  |

**OBJECTIFS SPECIFIQUES**

Énumérez les objectifs spécifiques de votre projet en cinq points et fournissez un récit décrivant la portée du projet, les activités connexes et la méthodologie employée pour atteindre les objectifs du projet

**MÉTHODOLOGIE PAR OBJECTIF**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Objectifs spécifiques** | **Portée du projet** | **Activités connexes et méthodologie employée** | **Calendrier de mise en œuvre** |  |
| **A** |  |
| **B** |  |
| **C** |  |
| **D** |  |
| **E** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ressources humaines engagées** | **Participation communautaire (p. Ex. Bénévole)** | **Infrastructure utilisée (p. Ex. Clinique, école, hôpital)** | **Préoccupations environnementales** | **Résultat(s) attendu(s)** | **Méthodologie d'évaluation** |
| **A** |
| **B** |
| **C** |
| **D** |
| **E** |
|  |  |

**Analyse**

Veuillez décrire les composantes innovantes et durables de votre projet. Votre candidature sera évaluée en fonction des deux composants

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPOSANTS INNOVANTS ET DURABLES****Mettez l'accent sur les aspects innovants et durables de la sensibilisation communautaire de votre projet en termes de méthodologie, de justification ou de portée** |  |

# Section C: Équipe du projet

## Identifiez toutes les parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre du projet, par ex. organisations à but non lucratif, gouvernement / ministères, associations professionnelles, Colgate.

## Membre 1

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM** |  |
| **ORGANISATION** |  |
| **ROLE ET RESPONSABILITES** |  |
| **TELEPHONE** |  |
| **FAX** |  |
| **E-MAIL** |  |

**Member 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM** |  |
| **ORGANISATION** |  |
| **ROLE ET RESPONSABILITES** |  |
| **TELEPHONE** |  |
| **FAX** |  |
| **E-MAIL** |  |

**Member 3**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM** |  |
| **ORGANISATION** |  |
| **ROLE ET RESPONSABILITES** |  |
| **TELEPHONE** |  |
| **FAX** |  |
| **E-MAIL** |  |

**Member 4**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM** |  |
| **ORGANISATION** |  |
| **ROLE ET RESPONSABILITES** |  |
| **TELEPHONE** |  |
| **FAX** |  |
| **E-MAIL** |  |

**Member 5**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM** |  |
| **ORGANISATION** |  |
| **ROLE ET RESPONSABILITES** |  |
| **TELEPHONE** |  |
| **FAX** |  |
| **E-MAIL** |  |

**Member 6**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM** |  |
| **ORGANISATION** |  |
| **ROLE ET RESPONSABILITES** |  |
| **TELEPHONE** |  |
| **FAX** |  |
| **E-MAIL** |  |

**Section D: Déclaration d'intention**

Je confirme que je suis autorisé à signer cette déclaration au nom de , et que les réponses aux questions de ce formulaire sont exactes, au meilleur de ma connaissance.

Si la candidature est retenue, la ADN n'utilisera la subvention qu'aux fins spécifiées dans la proposition de projet actuelle et fournira à la FDI des rapports intermédiaires et des supports de communication (photos, vidéos, devis, etc.) comme demandé. Les ADN retenues sont priées d'être représentées au Congrès dentaire mondial de la FDI où la cérémonie de remise du SMILE AWARD aura lieu.

**TITRE PRENOM NOM POSITION DANS ORGANISATION**

**DATE SIGNATURE**