*A REMPLIR POUR LE VENDREDI 30 avril 2017*

|  |
| --- |
| ***Présentation* *générale*** |
| **Type d’événement** |
| *Conférence, projection, exposition, visite /sortie/porte ouverte, animation, spectacle, autre……………………..* |
| **Thème**  |
|  |
| **Titre de l'évènement**  |
|  |
| **Résumé (300 signes)** |
| *Le résumé sera l’objet d’échanges et de modifications éventuelles pour les besoins de communication* |

|  |
| --- |
| ***Communication*** |
| **Visuel (joindre une proposition en .jpg 300 dpi)** |
| **adresse Facebook de l’organisme d’accueil** |
|  |
| **adresse Facebook de l’organisme intervenant** |
|  |
| **logo de l’organisme d’accueil (joindre un fichier .jpg)** |
| **logo de l’organisme intervenant (joindre un fichier .jpg)** |

|  |
| --- |
| ***Déroulement***  |
| **Date(s) et horaires** |
|  |
| **Durée**  |
|   |
| **Nom et adresse complète de la salle (si différente de celle de l’organisme)** |
|  |
| **Effectif minimal et maximal** |
|  |
| **Matériel disponible sur place (chaises, tables, vidéoprojecteur, point d’eau…)** |
|  |
| **Réservations** |
| *obligatoire, conseillée, sans réservation,* Contact à mentionner sur la plaquette :Dates de début et de fin des réservations : |
| **Publics visés** |
| *tranche d’âge, groupes constitués ou public de passage* |
| **Accessibilité** |
| Accessibilité du lieu pour les personnes à mobilité réduite : *oui, non* |
| Accessibilité de l’événement pour les personnes en situation de handicap : *sourds, aveugles et malvoyants* |
| Le lieu d’accueil possède-t-il le label “tourisme et handicap” ? *oui, non*  |

|  |
| --- |
| ***Contacts***  |
| **Contact intervenant-e-s**  |
| ORGANISME : Adresse : CP-ville :Personne référente (nom et contact) :  |
| Intervenant-e référent-e : Nom et prénom : Fonction : Métier *(mentionné sur la plaquette, comme agronome, botaniste, auteur,...)* Mél : Téléphone(s) *(portable de préférence)*  |
| Autres intervenant-e-s : Nom et prénom : Fonction : Mél : |
| Chargé-e de communication de l’organisme  |
| **Contact lieux d’accueil** |
| ORGANISME : Adresse : CP-ville : |
| personne référente : Nom et prénom : Fonction : Mél : Téléphone(s) *(portable de préférence)*  |
| Chargé-e de communication de l’organisme |

|  |
| --- |
| ***Remarques diverses***  |
| Du lieu d’accueil  |
| De l’intervenant-e |