*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 |