**Agence Régionale de Santé**

**de Bourgogne-Franche-Comté**

Direction de la Communication

Le Diapason

2 place des Savoirs - CS 73535

21035 DIJON Cedex

**Direction Régionale des Affaires Culturelles**

**de Bourgogne-Franche-Comté**

Site de Besançon

A l’attention de P. DEMANGE

7 rue Charles Nodier

25000 BESANCON

Partie n°2

« CULTURE et SANTE » 2025

BUDGET PREVISIONNEL DU PROJET

Nom de l’établissement sanitaire ou médico-social : ……………………………………………………….

Nom du partenaire culturel (bénéficiaire de la subvention) …………………………………………………

Titre du projet : ……………………………………………………………………………………………….

**Attention :**

**Les crédits ARS/DRAC pourront soutenir une action à concurrence de 60 heures pour un établissement, ce plafond pourra atteindre 100 heures maximum pour un projet déployé en réseau d’établissements.**

**Critère à retenir : s’il y a réseau d’établissements, les n° SIRET sont differents (même si le siège est le même pour plusieurs établissements).**

Le plan de financement doit être détaillé. Chaque poste de dépenses et de recettes doit être renseigné avec le plus de précisions possibles, étant entendu que les justificatifs de dépenses devront être produits lors du bilan. Le budget doit être équilibré en dépenses et en recettes.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPENSES DIRECTES** | **montant** | **RECETTES DIRECTES** | **montant** |  |
| Intervention des artistes : nombre d'heures ….... x 60 € TTC (Toutes charges comprises):  **A détailler si plusieurs artistes**  *Un établissement concerné : 20 à 60 heures maximum*  *Réseau d’établissements : 20 à 100 heures maximum* |  | SUBVENTION ETAT (DRAC-ARS)  *1200 € à 3600 € pour un établissement*  *1200 € à 6000 € pour un réseau d’établissements* |  |  |
| Frais éventuels liés à l’intervention des artistes :  -déplacements : 0,25€TTC/km  - hébergement  - restauration |  | Participation de l’établissement |  |  |
| Achat de fournitures nécessaires au projet (à préciser) : |  | Collectivité(s) (à préciser) |  |  |
| Frais de communication (à préciser) |  |  |
| Mécénat |  |  |
| Autres charges (à préciser) |  | Autres subventions (à préciser) |  |  |
| Autres recettes (à préciser) |  |  |
| **TOTAL T.T.C** |  | **TOTAL T.T.C** |  |  |
|  | | | |  |
| **Contributions volontaires liées au projet** | | | |  |
| -Temps passé sur le projet par les salariés de l’établissement sanitaire ou médico-social : nombre d'heures ….... x cout horaire  - Hébergement mis à disposition  - Repas offerts  - Autres | | |  |  |
| **TOTAL T.T.C** | | |  |  |