



Pays
de
Grasse
communauté
d'agglomération

Projet Alimentaire Territorial
du Pays de Grasse



PROGRAMME NATIONAL
POUR L'ALIMENTATION
TERRITOIRES
D'ACTION



Remontée de besoins ou de projets hors appel à projet- ACTEURS

Identification du porteur de projet

Nom structure :

Numéro SIREN ou Siret :

Adresse complète :

Téléphone :

Mail :

Représentant légal référent du projet

Nom et prénom du représentant légal référent :

Fonction du représentant légal référent :

Téléphone :

Mail :

Technicien/bénévole/salarié référent du projet

Nom et prénom du technicien/bénévole/salarié référent :

Fonction du technicien/bénévole/salarié référent :

Téléphone :

Mail :

Présentation du projet ou de la problématique rencontrée

Nom du projet ou problématique rencontrées :

Contexte :

Objectifs du projet :

Localisation et zone d'impact de l'opération :

Bénéficiaires du projet :

Descriptif des actions envisagées :

Besoins rencontrés :