Graphical user interface, text, application

Description automatically generated **Formulaire de soumission**

Etude de faisabilité

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Titre de l’étude de faisabilité** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Mots-clés**  5 mots-clés décrivant votre projet | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Thématique(s)**  Classez votre projet parmi les thématiques suivantes : | | | | | | | | | | | |
|  | Communication | | |  | Loisirs | | | | | | |
|  | Déplacements | | |  | Responsabilités | | | | | | |
|  | Éducation | | |  | Soins personnels et de santé | | | | | | |
|  | Habitation | | |  |  | | | | | | |
|  | Autre(s) thématique(s)  *Nutrition, Condition physique et bien-être psychologique, Relations interpersonnelles, Vie associative et spirituelle, Travail, Etc.* | | | | | | | | | | |
| *Précisez la ou les autres thématiques concernées* : | | | | | | | | | | |
| **Handicap(s) concerné(s)** | | | | | | | | | | | |
|  | Autisme et Troubles Envahissants du Développement | | |  | Handicap psychique | | | | | | |
|  | Handicap auditif | | |  | Handicap visuel | | | | | | |
|  | Handicap mental | | |  | Plurihandicap | | | | | | |
|  | Handicap moteur | | |  | Polyhandicap | | | | | | |
|  | Autre(s) handicap(s) concerné(s) | | | | | | | | | | |
| *Précisez le ou les handicaps concernés :* | | | | | | | | | | |
| **Problème à résoudre**  Décrivez le problème que vous souhaitez résoudre et les destinataires (public-cible).  (max. 1000 caractères) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Description de l’idée**  Décrivez l’originalité et la pertinence de votre projet.  (max. 2000 caractères) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Méthodologie proposée**  Décrivez la méthodologie et comment les utilisateurs et utilisatrices participeront au processus de co-construction.  (max. 1000 caractères) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Objectifs du projet**  Décrivez les objectifs et les résultats escomptés (délivrables), la suite de votre projet (perspectives et retombées pratiques) ainsi que son impact à long terme, notamment le nombre de personnes potentiellement concernées.  (max. 1000 caractères) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Illustration (facultatif)**  Joignez la ou les illustrations (ex. dessin, vidéo, impression 3D) du projet si existantes. | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Considérations éthiques**  Décrivez comment la moralité, la participation et le consentement éclairé des participants et participantes au projet et la confidentialité des données sont assurés. Précisez si votre projet est concerné par la Loi fédérale relative à la recherche sur l’être humain, LRH.  (max. 1000 caractères) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Est-ce que ce projet doit être soumis auprès d’une commission d’éthique ? | | | | | | |  | Oui | |  | Non |
| Commentaires (max. 500 caractères) : | | | | | | | | | | | |
| **Références**  Citez les références utilisées pour la rédaction de votre projet (revue de la littérature, ouvrage, site Internet, etc.) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Budget (maximum CHF 5'000.-)**  Décrivez comment est prévue la rétribution de toutes les personnes membres de l’équipe. | | | | | | | | | | | |
| *Description* | | | *Coût unitaire* | | | *Quantité* | | | *Total* | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | | TOTAL | | |  | | |
| **Type de financement**  Concernant le financement de ce projet, s’agit-il d’un financement complémentaire ? | | | | | | | | | | | |
|  | | Non | | | | | | | | | |
|  | | Oui, référence du financement complémentaire : | | | | | | | | | |
| **Commentaire sur le budget ou le financement**  (max. 2000 caractères) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

**Equipe**

Pour la composition des équipes les éléments suivants sont pris en considération lors de l'évaluation des propositions :

* Minimum 4 personnes
* La participation d'au moins une personne avec un handicap ou une maladie en lien avec la thématique est obligatoire.
* La pluridisciplinarité (domaines technique, social, santé, économie, etc.) et la diversité (genres, âges, formations) de l'équipe sont obligatoires.

*Remarques :*

* Un parent ou une personne tierce peut accompagner une personne en situation de handicap, au besoin. Cette dernière fera alors partie intégrante des membres de l'équipe
* Dans le cas où votre idée concerne indirectement les personnes avec un handicap, c’est-à-dire que l’utilisateur ou utilisatrice finale sera par exemple une personne aidante et non une personne en situation de handicap, alors il est envisageable de déroger à la règle. Vous devez motiver votre décision.
* Les étudiants et étudiantes des Hautes Ecoles, Universités et EPF ne peuvent pas représenter un partenaire académique.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Responsable du projet (membre 1)** | | | | | |
| Nom de l’organisation |  | | | | |
| Type d’organisation | Entreprise | Association | Académique | Personne  individuelle | Autre : |
| Nom |  | | Prénom |  | |
| Genre | Homme | Femme | Non-binaire | Autre identité de genre (remplir si nécessaire) : | |
| Âge |  | | | | |
| Formation ou occupation |  | | | | |
| Handicap | Non | | Oui (précisez) : | | |
| Adresse |  | | | | |
| NPA et Localité |  | | | | |
| Téléphone |  | | | | |
| E-Mail |  | | | | |
| **Membre 2** | | | | | |
| Nom de l’organisation |  | | | | |
| Type d’organisation | Entreprise | Association | Académique | Personne  individuelle | Autre : |
| Nom |  | | Prénom |  | |
| Genre | Homme | Femme | Non-binaire | Autre identité de genre (remplir si nécessaire) : | |
| Âge |  | | | | |
| Formation ou occupation |  | | | | |
| Handicap | Non | | Oui (précisez) : | | |
| **Membre 3** | | | | | |
| Nom de l’organisation |  | | | | |
| Type d’organisation | Entreprise | Association | Académique | Personne  individuelle | Autre : |
| Nom |  | | Prénom |  | |
| Genre | Homme | Femme | Non-binaire | Autre identité de genre (remplir si nécessaire) : | |
| Âge |  | | | | |
| Formation ou occupation |  | | | | |
| Handicap | Non | | Oui (précisez) : | | |
| **Membre 4** | | | | | |
| Nom de l’organisation |  | | | | |
| Type d’organisation | Entreprise | Association | Académique | Personne  individuelle | Autre : |
| Nom |  | | Prénom |  | |
| Genre | Homme | Femme | Non-binaire | Autre identité de genre (remplir si nécessaire) : | |
| Âge |  | | | | |
| Formation ou occupation |  | | | | |
| Handicap | Non | | Oui (précisez) : | | |
| **Membre 5 (facultatif)** | | | | | |
| Nom de l’organisation |  | | | | |
| Type d’organisation | Entreprise | Association | Académique | Personne  individuelle | Autre : |
| Nom |  | | Prénom |  | |
| Genre | Homme | Femme | Non-binaire | Autre identité de genre (remplir si nécessaire) : | |
| Âge |  | | | | |
| Formation ou occupation |  | | | | |
| Handicap | Non | | Oui (précisez) : | | |
| **Membre 6 (facultatif)** | | | | | |
| Nom de l’organisation |  | | | | |
| Type d’organisation | Entreprise | Association | Académique | Personne  individuelle | Autre : |
| Nom |  | | Prénom |  | |
| Genre | Homme | Femme | Non-binaire | Autre identité de genre (remplir si nécessaire) : | |
| Âge |  | | | | |
| Formation ou occupation |  | | | | |
| Handicap | Non | | Oui (précisez) : | | |
| **Membre 7 (facultatif)** | | | | | |
| Nom de l’organisation |  | | | | |
| Type d’organisation | Entreprise | Association | Académique | Personne  individuelle | Autre : |
| Nom |  | | Prénom |  | |
| Genre | Homme | Femme | Non-binaire | Autre identité de genre (remplir si nécessaire) : | |
| Âge |  | | | | |
| Formation ou occupation |  | | | | |
| Handicap | Non | | Oui (précisez) : | | |
| **Membre 8 (facultatif)** | | | | | |
| Nom de l’organisation |  | | | | |
| Type d’organisation | Entreprise | Association | Académique | Personne  individuelle | Autre : |
| Nom |  | | Prénom |  | |
| Genre | Homme | Femme | Non-binaire | Autre identité de genre (remplir si nécessaire) : | |
| Âge |  | | | | |
| Formation ou occupation |  | | | | |
| Handicap | Non | | Oui (précisez) : | | |
| *Pour les membres supplémentaires, prière de mentionner leurs coordonnées ci-dessous.* | | | | | |
|  | | | | | |
| **Remarque sur la composition de l’équipe**  (max. 2000 caractères) | | | | | |
|  | | | | | |

**Partenariats**

Nous conseillons à l’équipe d’avoir un partenaire d’implémentation et un partenaire académique, dès les premières étapes du projet. Cela favorise le potentiel du projet, notamment sa capacité à obtenir des soutiens financiers d’Innosuisse.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Partenaire d’implémentation**  Avec quel partenaire d’implémentation envisagez-vous de développer votre projet ? | | | | | |
| Type | Entreprise | Association | Académique | Personne individuelle | Autre : |
| Nom de l’organisation (si non individuel) | | |  | | |
| Nom de la personne contact | |  | Prénom |  | |
| Partenariat envisagé | | | Partenariat confirmé | | |
| **Partenaire académique**  Avec quel partenaire académique envisagez-vous de développer votre projet ? | | | | | |
| Nom de l’organisation | | |  | | |
| Nom de la personne contact | |  | Prénom |  | |
| Partenariat envisagé | | | Partenariat confirmé | | |

**Signature**

|  |  |
| --- | --- |
| Lieu et date |  |
| Responsable du projet (nom et prénom) |  |
| Signature | Insérez votre signature électronique |