|  |  |
| --- | --- |
| **GEsuch Finanzierung Juniorenaktivität** | [Datum] |

|  |  |
| --- | --- |
| **Antragsteller (KV/RV)** | **Verantwortliche Person** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|[ ]  AG |[ ]  GE |[ ]  SH/TG |[ ]  VD | Name |
|[ ]  BB |[ ]  GR |[ ]  SO |[ ]  VS | Funktion im Verband |
|[ ]  BE |[ ]  JU |[ ]  SG/APP |[ ]  ZS | Email |
|[ ]  FR |[ ]  NE |[ ]  TI |[ ]  ZH/GL | Telefon |

| **Ort, Datum und Zeit** |
| --- |
| Ort(e): |  | Von: Datum | Von: Zeit | Uhr |
| Bis: Datum | Bis: Zeit | Uhr |

| **Beschreibung Ziele und Aktivität** |
| --- |
| Beschreibung |

| **Kriterien** |
| --- |
|  | **Nicht erfüllt** |  | **Komplett erfüllt** |
| Positive Darstellung Branche/Verband |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Hohe Erfolgschancen |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Hohe Zielgruppen-orientierung  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Wiederholbarkeit  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Kreativität |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

| **Grobbudget (inkl. allfällige Unterstützung aus Fonds)** |
| --- |
| **Aufwand** | **Ertrag** |
|  | CHF |  | CHF |
|  | CHF |  | CHF |
|  | CHF |  | CHF |
|  | CHF |  | CHF |
|  | CHF |  | CHF |
|  | **CHF** |  | **CHF** |

| **Beantragte finanzielle Unterstützung** |
| --- |
| Betrag CHF |

Ort, Datum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| **Beilagen** |
| --- |
|  |

**Einreichung (bis spätestens 31. Dezember):**

* Email: info@physioswiss.ch
* Fax: 041 926 69 99
* Post: physioswiss

Juniorenfonds

Centralstrasse 8b

CH-6210 Sursee