

# PROJETS COLLECTIFS – INITIATIVES LOCALES



## Sensibilisation au HANDICAP et à la DIFFERENCE

**ORGANISME :**

**INTITULE DU PROJET :**

**DATE DE REALISATION DU PROJET :**

**COORDONNEES DU REFERENT DE PROJET (obligatoire) :**

Nom :

Adresse postale :

Adresse mail :

Téléphone :

Date de réception du dossier : ...../...../.....

### **DESCRIPTION DE L'ACTION**

Dossier suivi par le Conseiller Technique Caf : Loeticia SARRES – 05 65 77 82 45

Date de(s) rencontre(s) :

Préciser s'il s'agit :

- d'un projet innovant
- d'un projet déjà existant présentant éventuellement une plus-value

Dans ce second cas, préciser dans la ou les rubriques ci-dessous concernées la plus-value apportée.

### LES OBJECTIFS DE L'ACTION

*A court terme, précis et mesurables.*

<b>OBJECTIFS OPERATIONNELS</b> <i>(à définir avant l'action)</i>	<b>EVALUATION DE L'OBJECTIF</b> <i>(à remplir en fin d'action)</i>

### LE PUBLIC CIBLE

Le nombre et la typologie (*sexe, âge, origine géographique, public vulnérable...*)

Préciser les moyens mis en œuvre pour favoriser l'accessibilité du public.

<b>PUBLIC CIBLE</b> <i>(à définir avant l'action)</i>	<b>PUBLIC TOUCHE</b> <i>(à remplir en fin d'action)</i>

## PARTENARIAT

Noms et modalités : détailler le contenu du partenariat (réflexion, co-animation, évaluation...)

PARTENARIAT SOLLICITE <i>(à définir avant l'action)</i>	PARTENARIAT ENGAGE <i>(à remplir en fin d'action)</i>

## BUDGET

BUDGET PREVISIONNEL				BILAN FINANCIER			
Dépenses		Recettes		Dépenses		Recettes	
60	Achats : matières et fournitures, repas ...	70	Participation éventuelle des familles*	60	Achats : matières et fournitures, repas ...	70	Participation éventuelle des familles*
61	Services Extérieurs : - locations	<b>74</b>	<b>Subventions :</b>	61	Services Extérieurs : - locations	<b>74</b>	<b>Subventions :</b>
			Commune				Commune
			REAAP				REAAP
62	Autres services extérieurs : - Intervenants extérieurs - déplacements - publicité		MSA	62	Autres services extérieurs : - Intervenants extérieurs - déplacements - publicité		MSA
			CAF				CAF
			DDJS				DDJS
64	Frais de personnel	75	Fonds propres	64	Frais de personnel	75	Fonds propres
65	Autres :		Autres :	65	Autres :		Autres :
<b>TOTAL</b>		<b>TOTAL</b>		<b>TOTAL</b>		<b>TOTAL</b>	

\* préciser

## REMARQUES EVENTUELLES DU PORTEUR DE PROJET

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR *(dossier non valide sans signature)*

Je soussigné,

agissant en qualité de .....,  
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements, et m'engage à :

- assurer la réalisation de l'action,
- faire mention de l'aide apportée par la Caf dans les informations et documents administratifs destinés aux familles et dans toutes les interventions, déclarations publiques, communiqués, publications et affiches visant le service couvert par la présente convention
- renvoyer après la réalisation de l'action le présent document à la CAF après avoir pris soin de compléter les cadres d'évaluation prévus à cet effet, **le versement de la caf étant effectué après réception du bilan.**

Signature (nom et prénom) précédée de la mention « lu et approuvé »

.....

**Décision d'attribution de la délégation:**

**Remarques éventuelles :**

.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....

*Date de la délégation :* ..... / ..... / .....

**Décision Caf :**

Favorable

Défavorable

*Somme accordée :* .....€