

IDENTIFICATION

Année de Financement :

Commune d'Intervention :

NOM DE L'ASSOCIATION

TITRE DE L'ACTION

OBJECTIF

Quel était votre Objectif : (réprendre l'objectif de votre demande de subvention)

A t-il été atteint ? : OUI NON PARTIELLEMENT , et pourquoi :

LES BENEFICIAIRES

Nombre TOTAL de Parents Bénéficiaires de votre action	
dont parents vivant en couple (marié, pacsé, concubinage)	
dont parents seuls et/ou isolés (monoparentalité)	
dont d'autres personnes (tantes, grands parents, tuteur, ...)	
dont parents d'enfants (0 à 6 ans)	
dont parents de pré-adolescent (6 à 13 ans)	
dont parents d'adolescent	

Votre action s'adresse Prioritairement aux Parents :

D'enfants De pré-ado D'ado Tous les Parents

LA PARTICIPATION

Qui est à l'initiative de l'action ?

Parents Bénévoles Professionnels Autres

Qui est à l'animation de l'action ?

Parents Bénévoles Professionnels Autres

Qui est à l'encadrement de l'action ?

Parents Bénévoles Professionnels Autres

LES DOMAINES D'ACTIONS

Indiquez dans quel domaine si situe prioritairement votre action : (une seule réponse possible)

Prévention Rapport famille/école Grossesses Précoces Autres, préciser :
 Coparentalité Place faites au père Médiation Familiale
 Accueil petite enfance Assiduité scolaire Entraide entre parents
 Soutien parents d'ado Lieux de ressources Rapports Familiaux

LES MODALITES D'ACTION

Indiquez la modalité principale de votre action : (une seule réponse possible)

Groupes de Paroles Sorties en Famille Autres, préciser :
 Conférences/Débats Expression Culturelle et Artistique
 Activités, rencontres enfant/parent Module d'aide à la parentalité
 Lieu d'accueil et d'écoute individuel Médiation

LA LOCALISATION DE L'ACTION

Indiquez le lieu où se déroule votre action : (une seule réponse possible)

Lieu Scolaire (école, collège, lycée, ...) Lieu d'accueil de jeunes enfants Autres, préciser :
 Lieu Culturel (bibliothèque, café/club, ...) Lieu Communal (Mairie, CCAS, ...)
 Lieu Sanitaire (PMI, Dispensaire, ...) Local Associatif
 Centre social et socio culturel Espace Itinérant

LES THEMES ABORDES

Indiquez les thèmes abordés par l'action : (numérotez les thèmes de 1 à 12, 1 étant le thème le plus abordé - **NE PAS COCHER**)

Autorité Parentale Violence (conjugale, sociétale, ...) La Crise d'adolescence
 Relation Parent/enfant/école Sexualité Conseils Pratiques
 Dialogue Familial Relation intergénération Autres, préciser :
 Toxicomanie Hygiène (corporelle, alimentaire, ...)
 Délinquance des mineurs Précosité des grossesses

LES ATTENTES DES BENEFICIAIRES

Indiquez les attentes de vos bénéficiaires : (numérotez les attentes de 1 à 9, 1 étant le thème le plus abordé **NE PAS COCHER**)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Besoin d'échanger avec d'autres | <input type="checkbox"/> Besoin de s'exprimer | <input type="checkbox"/> Pratique d'activité en groupe |
| <input type="checkbox"/> Besoin d'un conseil professionnel | <input type="checkbox"/> Besoin psychologique | <input type="checkbox"/> Autres, précisez : |
| <input type="checkbox"/> Besoin d'améliorer relation avec enfant | <input type="checkbox"/> Besoin entraide et solidarité | |
| <input type="checkbox"/> Besoin d'améliorer relation avec école | <input type="checkbox"/> Besoin de médiation | |

LES SUJETS TABOUS

Indiquez les sujets sur lesquels vos bénéficiaires ont des difficultés à s'exprimer : (plusieurs réponses possibles)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sida et MST | <input type="checkbox"/> Place du Père dans le couple | <input type="checkbox"/> autres sujets difficiles, voir tabous, précisez : |
| <input type="checkbox"/> Sexualité | <input type="checkbox"/> Violence (conjugale, sociétale) | |
| <input type="checkbox"/> Peur (de son enfant, de son mari) | <input type="checkbox"/> Echec Scolaire | |
| <input type="checkbox"/> Addiction (drogue, alcool) | <input type="checkbox"/> Maltraitance | |

LE BILAN DE L'ACTION

Indiquez quels sont les points forts et les points faibles de votre action :

😊 POINTS FORTS	☹️ POINTS FAIBLES

ENCADREMENT DE L'ACTION

Nombre de Salaries affectés à l'action : _____	Liste des Principaux Intervenants Professionnels Extérieurs																				
Nombre de Bénévoles affectés à l'action : _____																					
Nombre d'intervenants extérieurs : _____																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>NOM</th> <th>Prénom</th> <th>Qualification</th> <th>N° de Telephone</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		NOM	Prénom	Qualification	N° de Telephone	1					2					3				
	NOM	Prénom	Qualification	N° de Telephone																	
1																					
2																					
3																					

TERRITOIRE CONCERNE

Indiquez le type de territoire sur lequel vous évoluez : (une seule réponse possible)

- Urbain
 Rural
 Semi-Rural
 ZEP-REP-ZUS
 CUCS
 Autres : _____

CALENDRIER

Joindre un calendrier de vos actions : (suivant ce model)

Date	Horaire	Lieu	Description

EVALUATION

Quels sont les moyens d'évaluation mis en oeuvre ?

SIGNATURE

Fait à : _____	le : _____	Signature
Nom du Signataire : _____		
Qualité : _____		

ATTENTION : Cette grille doit impérativement être renvoyer au REAAP accompagnée d'un bilan complet des activités REAAP de l'année concernée. Toutes associations ne remplissant pas cette obligation ne pourra plus prétendre à un financement REAAP.

Vous rencontrez des difficultés pour remplir cette grille d'évaluation ? La coordination Départementale du REAAP de la Martinique est là pour vous aider ! Contactez nous !

0596.71.26.37

