



Fédération des centres socio-culturels du Bas-Rhin



## Nature du projet

- Volet 1 (inclusion dans les équipements et services hors eaje et alsh)
- Volet 2 (soutien par les collectivités aux assistants maternels accueillant des enfants en situation de handicap)

---

## Nom du projet

---

## Porteur du projet : association / collectivités / opérateurs sociaux

---

## Publics visés

---

## Nature des difficultés rencontrées

---

**Territoire(s) concerné(s) (collectivité, quartier, ...)**

---

**Etat des lieux (diagnostic sommaire)**

---

**Objectifs et résultats attendus**

---

**Description du projet**

---

**Moyens mis en œuvre : locaux, personnel**

---

**Calendrier : date de démarrage de l'action**

---

**Partenariats**

---

**Principaux critères et indicateurs d'évaluation :**

- nombre d'enfants, d'adolescents et de jeunes en situation de handicap concernés et heures d'accueil
  
- nature, volume et coût des adaptations mis en œuvre (adaptation du projet d'accueil, de modalités d'accueil, actions de formation...)

- **adéquation entre le besoin de la famille et la réponse apportée**

- **évolutions apportées au projet de fonctionnement et aux supports d'information aux familles**

### **Autres critères et indicateurs d'évaluation**

## Budget de l'action (demande au titre du fonctionnement)

ANNEE :

| DEPENSES                                                  |  | RECETTES                  |  |
|-----------------------------------------------------------|--|---------------------------|--|
| Achats                                                    |  | Participations familiales |  |
| Services extérieurs                                       |  | CAF (80% maximum)         |  |
| Autres services extérieurs                                |  | Etat                      |  |
| Charges de personnel liées à la mise en œuvre du projet : |  | Conseil Départemental     |  |
| . charges supplémentaires - personnel existant            |  | MDPH                      |  |
| . charges supplémentaires - personnel nouveau             |  | Commune / EPCI            |  |
| Autre (à préciser)                                        |  | Autres (à préciser)       |  |
|                                                           |  |                           |  |
|                                                           |  | Autofinancement           |  |
|                                                           |  |                           |  |
|                                                           |  |                           |  |
|                                                           |  |                           |  |
| <b>Total DEPENSES</b>                                     |  | <b>Total RECETTES</b>     |  |

Fait à,

le

Signature :

## Budget de l'action (demande au titre de l'investissement)

ANNEE :

| DEPENSES                |  | RECETTES              |  |
|-------------------------|--|-----------------------|--|
| Travaux / aménagements  |  | CAF (80% maximum)     |  |
| Acquisition de matériel |  |                       |  |
| Mobilier                |  | Etat                  |  |
|                         |  | Conseil Départemental |  |
| Autres (à préciser)     |  | MDPH                  |  |
|                         |  | Commune / EPCI        |  |
|                         |  | Autres (à préciser)   |  |
|                         |  | Autofinancement       |  |
|                         |  |                       |  |
| <b>Total DEPENSES</b>   |  | <b>Total RECETTES</b> |  |

Fait à,

Le

Signature :