**Projets jeunes 64 : Bilan (à envoyer aux Institutions ayant financé le projet)**

**!** Important : date limite de dépôt du bilan au plus tard le 30 novembre de l'année en cours.(sauf UPPA)

**Informations générales**

**Nom du projet :**

**Nom de la structure accompagnatrice :**

**Date de réalisation** du au

**Domaines**

□ Temps libres (hors UPPA - CROUS) □ Lien intergénérationnel □ Solidarité locale

□ Solidarité internationale □ Environnement □ Culture

□ Sport □ Sciences □ Citoyenneté

**Personne référente**

**Nom :**

**Prénom :**

**Téléphone :**

**E-mail :**

**Structure accompagnatrice**

**Raison sociale :**

**E-mail :**

**Téléphone :**

**Adresse :**

**Code postal :**

**Ville :**

**Comment avez-vous connu Projets Jeunes 64 ?**

□ structure accompagnatrice (centre social, MJC, espace jeunes...

□ Structure d'information jeunesse (BIJ/PIJ...)

□ Mission locale

□ Etablissements scolaires

□ Institutions, précisez : …...........................................................................................................................................................................

□ Outils de communication : *□ presse-média □ affiche – flyer □ Manifestation □ Internet*

*□* Autre : …....................................................................................................................................................................................................

**Montage du projet**

**Quel a été le temps d'élaboration de votre projet ?**

Environ : □ de 3 à 6 mois □ de 6 à 9 mois □ de 9 mois à 1 an

□ plus de 1 an, précisez …........................................................

**Avez-vous eu besoin d'un accompagnement particulier pour le montage de votre projet ?**

□ Oui □ Non

**Si oui, précisez :**

□ Conseils, précisez : …..............................................................................................................................................................................

 *Organisme*: ….........................................................................................................................................................................................

□ Soutien administratif/comptable / *Organisme* : ….....................................................................................................................................

□ Mise en relation avec le réseau/ *Organisme* : ….......................................................................................................................................

□ Formation, précisez : …..........................................................................................................................................................................

 *Organisme*: ….........................................................................................................................................................................................

□ Soutien logistique, précisez : …..............................................................................................................................................................

 *Organisme*: ….........................................................................................................................................................................................

□ Autre :......................................................................................................................................................................................................

 *Organisme*: ….........................................................................................................................................................................................

**Cet accompagnement a t'il été :**

□ Superflu □ Important / utile □ indispensable pour la réalisation de votre projet ?

**Caractéristiques du projet**

**Nombre de jeunes ayant participé à cette l'action :** …...........................................................................................

*dont nombre de jeunes ayant déjà participé à un projet jeune*:.............................................................................................

*Préciser le nombre dans les cases concernées*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **âge** | **Statut étudiant****UPPA** | **Allocataire CAF** | **Allocataire MSA** | **Territoire concerné** | **Bénéficiaire AEEH/AAH\***précisez |
| **Béarn et Soule** | **Pays Basque** |
| 11-14 ans |  |  |  |  |  |  |
| 15-17 ans |  |  |  |  |  |  |
| 18-20 ans |  |  |  |  |  |  |
| 21-25 ans |  |  |  |  |  |  |
| Filles |  |  |  |  |  |  |
| Garçon |  |  |  |  |  |  |

*\* AEEH : allocation d'éducation de l'enfant handicapé (cf liste nominative en fin de dossier)*

 *AAH : allocation adulte handicapé*

**Rappel des objectifs poursuivis**

**Résumé du projet :**

**Descriptif du parcours** (implication des jeunes, calendrier, moyens humains et financier, partenariat)

**Atteinte des objectifs** (mesure des écarts, atouts, freins, besoins, pistes d'amélioration...)

**A postériori, pensez-vous qu'il vous a manqué des éléments qui ont, de fait, limité la portée de votre projet  (conseils, formation, information...)?**

**Restitution du projet** (sous quelle forme , avec qui ...)

**Perspectives (prolongement du projet, autre projet, moyens à mobiliser, échéance...) ?**

**Remarques et suggestions sur le fonctionnement du dispositif Projets Jeunes 64**

**Que souhaitez-vous nous dire de plus ?**

**Annexes à joindre à votre dossier :**

*- Si présence de jeunes en situation de handicap, liste nominative ci-jointe*

*- support photo, vidéo pour partage d’expérience réseau jeunesse.*

*- Tout document complémentaire jugé opportun*

**Bilan financier Date :** …....................................

**!** Nous attirons votre attention sur le fait que :

- toutes les recettes doivent pouvoir être justifiées par un courrier ou par une attestation

- de ne pas mettre les centimes

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Exercice N** |  | **Exercice N** |
| **Achats** | 0 € |  | **Autofinancement** | 0 € |
|  - Petits équipements |   |  |  - Apport personnel (participation des familles) |   |
|  - Alimentation et boissons |   |  |  - Recette des actions d'autofinancement *(précisez)* : |   |
|  - Produits pharmaceutiques |   |  | \*………………………….. |   |
|  - Matériel et fournitures |   |  | \*…………………………… |   |
|  - Autres (à détailler) |   |  |  - apport de l'association |   |
|   |   |  |   |   |
|   |   |  | **Subventions**  | 0 € |
| **Services** | 0 € |  | Commune *(précisez le nom de la Commune)* |   |
|  - Contrat de prestation de service (à détailler) : |   |  | Communauté de communes |   |
| \* …………. |   |  | Etat *(précisez le nom du ministère)* |   |
| \* …………. |   |  | Autres *(précisez)* |   |
|  - Location (locaux, matériel, voiture…) |   |  |  |   |
|  - Documentation générale et technique |   |  | **Sponsoring / parrainage** | 0 € |
|  - Frais de déplacement (voyage, déplacement) |   |  | **Dons** | 0 € |
|  - Frais de restauration |   |  |  |   |
|  - Frais d'hébergement |   |  | **Projets Jeunes 64** | 0 € |
|  - Frais postaux et de télécommunications  |   |  |  |   |
|  - Assurances (responsabilité civile, accidents, activités) |   |  | **Autres (précisez)** |   |
|  - Autres *(précisez)* |   |  | \*…………………\*……………….. |   |
|   |  |  |  |   |
| **Autres** |   |  |  |  |
|  - Autres *(précisez)* |   |  |  |  |
| \*…………………\*……………….. |   |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
| ***TOTAL DES DÉPENSES*** | **0 €** |  | ***TOTAL DES RECETTES*** | **0 €** |
|   |   |   |   |   |
| **Frais de personnel non inclus dans le budget prévisionnel** |   |  | **Forfait de fonctionnement C.A.F. Béarn et Soule (non inclus dans le budget prévisionnel)** |   |
| Salaires bruts |   |  |  |   |
| Charges sociales patronales |   |  |   |   |

**Je, soussigné :**

 **Nom et Prénom :**

 **Représentant légal de l'association :**

 **Certifie exactes les informations du présent compte-rendu.**

 **Fait le : à :**

 **Signature :**

**Mesure des écarts éventuels entre le budget prévisionnel et la réalisation de l'action**

**Je, soussigné :**

 **Nom et Prénom :**

 **Représentant légal de l'association :**

 **Certifie exactes les informations du présent compte-rendu.**

 **Fait le : à :**

 **Signature :**

**Liste des jeunes en situation de handicap** (bénéficiaires de l'AEEH/ AAH)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CAF** | **MSA** | **N° allocataire** | **Nom/prénom du jeune** | **Date de naissance** | **Commune d'habilitation** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |