



**R**éseau

d’**E**coute

d’**A**ppui et

d’**A**ccompagnement

des **P**arents

***Animation et mise en réseau des acteurs locaux du soutien à la parentalité***

***Evaluation 2024 – Demande 2025***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** |  | **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ORGANISME DEMANDEUR**  |
|  | **1.1****1.2****1.3****1.4** | **Dénomination de l'Œuvre** ........................................................................................…………….…………………………………………………….. ........................................................................................……………………………………………………………………………………………………………………**Adresse du Siège Social** : ........................................................................................……………………………………………………………………………………………………………… ........................................................................................………………………………….……………………………………………………………………………….**Objet de l'Activité** : ........................................................................................……………………………………………………………..…………………... ........................................................................................………………………………….………………………………………………………………………………..**Forme Juridique**  [ ]  Association Loi 1901 (Date de déclaration à la Préfecture) :...................................……………………………………………… [ ]  Collectivité Locale [ ]  Autre (préciser) .............................................................................................………………….. |
|  | **1.5** | **Domiciliation bancaire ou postale**Domiciliation Code Banque Code Guichet N° de Compte …. Clé Rib[\_\_\_\_\_\_\_\_\_] [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] [\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_] [\_\_\_\_\_\_] |
|  | **1.6** | **Nom et Adresse du Président** : . .........................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. ..........................................………………………………........……………………………………………………………..……. ...........………………………… |

**Nom de l’animateur du REAAP :**

**Nom …………………………………….**

* **🕿 : …………………………….., 🖳………………………….**
* **Qualification de l’animateur du Reaap : …………………………**

**Evaluation 2024**

**Zone territoriale concernée par cette animation :**

**Présentation du réseau**

Rappel des objectifs poursuivis :

* Contribuer à la mise en œuvre d’une coordination locale des actions parentalité,
* Associer les parents au reaap (favoriser leur implication et leur participation) et soutenir leurs initiatives
* Partager les moyens d’intervention (matériels, humains)
* Construire une culture commune et partagée autour de la Parentalité,
* Avoir une vision globale de l’offre proposée sur le territoire permettant d’ajuster le développement de projets autour des manques ou des besoins non couverts,
* Permettre une meilleure articulation entre les projets et les acteurs et de s’inscrire dans une « feuille de route globale » pour le territoire concerné,
* Renforcer les synergies entre acteurs et à leur élargissement à d’autres acteurs ou réseaux d’acteurs en contact avec des parents et leurs enfants notamment ceux cités dans le référentiel national,
* Evaluer localement les actions réalisées en lien avec le projet de territoire,
* Capitaliser des savoir-faire et les « bonnes pratiques »,
* Respecter la Charte du Reaap

**Les objectifs ont-ils été atteints ?**

**Les points forts, les freins et les difficultés rencontrés**

**Y-a-t-il eu des effets inattendus, lesquels ?**

 **Participation des parents**

**Quelle Implication et/ou participation effective dans le réseau**

**Quelle(s) modalité(s) mise(s) en place pour recueillir les besoins et attentes des parents ?**

**Participation des professionnels et bénévoles**

**Quels partenaires ont été concernés et/ou impliqués *dans le réseau*** (ex/ Maison de solidarités, établissements scolaires, EAJE, Ram, LAEP, association de préventions spécialisées, associations de parents d’élèves, ALSH….etc.)

**Moyen humain affecté à cette animation**

** Salarié** *(équivalent temps plein, qualification, fonction…)* :

………………………………………………………………………………………………………………………

L’animateur a-t-il suivi une formation d’animation de réseau : ……………………….

**Indicateurs d’évaluation**

Fréquence des rencontres : ………………………………

Nombre et type de projets émanant du réseau et/ou portés collectivement : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………

Nombre et qualité (statut) des personnes présentes (parent, professionnel, autre) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Si autre(s) indicateurs(s) : …………………………………………………………………………………………………

** D’après vous, est-ce que les moyens d'information et de communication de votre réseau ont été efficaces ? Pourquoi ?**

*⮊ Outils, support, modalités de diffusion….*

…………………………………………………………………………………………………

**Compte de résultat** 2024

|  |  |
| --- | --- |
| **CHARGES** | **PRODUITS** |
| 60 Achats |  | 70623 Prestation de service reçue de la Caf  |  |
| 61 Services exterieurs |  | 70624 Fonds d'accompagnement reçus de la Caf |  |
| 62 Autres services exterieurs |  | 70641 Participations familiales (ou participation des usagers) déductibles de la PS |  |
| 63A Impôts, taxes liés aux frais de personnel |  | 70642 Participations familiales (ou participation des usagers) non déductibles de la PS |  |
| 63B Autres impôts et taxes |  | 708 Produit des activités annexes |  |
| 64 Frais de personnel |  | 741 Subvention et prestation de service versées par l'Etat  |  |
|   |   |   |   |   |  |  |  | 742 Subvention et prestation de services régionales |  |
|   |  |  |  |  |  |   | 743 Subventions et prestation de services départementales |  |
|   |  |  |  |  |  |   | 744 Subvention et prestation de services communales |  |
|   |  |  |  |  |  |   | 7451 Subventions exploitation et prestation de services versées par des organismes nationaux (dont PS MSA) |  |
|   |  |  |  |  |  |   | 7452 Subvention exploitation Caf |  |
|   |  |  |  |  |  |   | 746 Subvention exploitation et prestation de services EPCI (intercommunalité)  |  |
|   |  |  |  |  |  |   | 747 Subvention exploitation et prestation de services versées par une entreprise |  |
|   |   |   |   |   |   |   | 748 Subvention et prestation de services versées par une autre entité publique |  |
| 65 Autres charges de gestion courante |  | 75 Produits de gestion |  |
| 66 Charges financières |  | 76 Produits financiers |  |
| 67 Charges exceptionnelles |  | 77 Produits exceptionnels |  |
| 68 Dotation aux amortissements, dépreciations et provisions |  | 78 Reprise amortissement, dépreciations et provisions |  |
| 69 Impôts sur les bénéfices |  | 79 Transfert de charges |  |
| **TOTAL CHARGES** | **0,00 €** | **TOTAL PRODUITS** | **0,00 €** |
| 86 Contributions volontaires |  | 87 Contrepartie, contributions à titre gratuit |  |
| **TOTAL CHARGES ET CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES** | **0,00 €** | **TOTAL PRODUITS ET CONTREPARTIE CONTRIBUTIONS A TITRE GRATUIT** | **0,00 €** |
| **RESULTAT DE L'EXERCICE***(total des produits – total des charges)* | **0,00 €** |

*Compte 70624 - Fonds d'accompagnement au fonctionnement (Fonds publics et territoires, rééquilibrage territorial)*

*Compte 743 - dont les subventions versées par le Conseil départemental*

*Compte 86 - Valorisation des charges supplétives pour les moyens mis à disposition par un tiers (personnel, fluides, locaux…). Le bénévolat ne peut en aucun cas être valorisé. Ce montant peut être basé sur les charges réelles (ou consommations réelles) ou sur un forfait d'utilisation déterminé localement avec le partenaire prêteur ou avec un autre partenaire (ex : Conseil départemental). Pour les associations gestionnaires, vous devez demander une attestation à la collectivité et veiller à établir une convention de mise à disposition avec celle-ci.*

|  |
| --- |
| **Commentaires :** |
|
|

**Demande de subvention 2025**

**Définition** - Un réseau « Parentalité » est un ensemble organisé de personnes qui doit réunir au minimum différents types d’acteurs dans une zone géographique, avec des compétences différentes et complémentaires qui agissent dans un objectif commun avec des normes et valeurs partagées sur une base de coopération(s) volontaire(s) et institutionnelle(s). [Véra Ribault - Consultante, Journée nationale de la Parentalité, Cnaf, Janvier 2016]

 **Diagnostic**

**Quels sont les besoins identifiés ayant permis le développement de ce réseau ?**

**Présentation du réseau**

**Composition et nombre de personnes impliqués dans le réseau**

**Rythme des rencontres prévues**

**Zone territoriale concernée par cette animation**

**Moyens d'information et de communication de votre réseau**

*⮊ Outils, support, modalités de diffusion….* Possibilité de joindre l’outil de communication

**Moyen humain affecté à cette animation**

**Salarié** *(équivalent temps plein, fonction, qualification…)*

 **Participation des parents**

**Implication et/ou participation des parents dans le réseau**

**Quelle(s) modalité(s) mettez-vous en place pour recueillir les besoins et attentes des parents ?**

**Quelle(s) démarche(s) utilisez-vous pour favoriser la participation des parents**

**Participation des professionnels et bénévoles**

**Partenaires concernés et/ou impliqués *dans le réseau*** *(ex : Maison de solidarités, établissements scolaires, EAJE, Ram, LAEP, association de préventions spécialisées, associations de parents d’élèves, ALSH… etc.)*

**Budget prévisionnel** 2025

|  |  |
| --- | --- |
| **CHARGES** | **PRODUITS** |
| 60 Achats |  | 70623 Prestation de service reçue de la Caf  |  |
| 61 Services exterieurs |  | 70624 Fonds d'accompagnement reçus de la Caf |  |
| 62 Autres services exterieurs |  | 70641 Participations familiales (ou participation des usagers) déductibles de la PS |  |
| 63A Impôts, taxes liés aux frais de personnel |  | 70642 Participations familiales (ou participation des usagers) non déductibles de la PS |  |
| 63B Autres impôts et taxes |  | 708 Produit des activités annexes |  |
| 64 Frais de personnel |  | 741 Subvention et prestation de service versées par l'Etat  |  |
|   |   |   |   |   |  |  |  | 742 Subvention et prestation de services régionales |  |
|   |  |  |  |  |  |   | 743 Subventions et prestation de services départementales |  |
|   |  |  |  |  |  |   | 744 Subvention et prestation de services communales |  |
|   |  |  |  |  |  |   | 7451 Subventions exploitation et prestation de services versées par des organismes nationaux (dont PS MSA) |  |
|   |  |  |  |  |  |   | 7452 Subvention exploitation Caf |  |
|   |  |  |  |  |  |   | 746 Subvention exploitation et prestation de services EPCI (intercommunalité)  |  |
|   |  |  |  |  |  |   | 747 Subvention exploitation et prestation de services versées par une entreprise |  |
|   |   |   |   |   |   |   | 748 Subvention et prestation de services versées par une autre entité publique |  |
| 65 Autres charges de gestion courante |  | 75 Produits de gestion |  |
| 66 Charges financières |  | 76 Produits financiers |  |
| 67 Charges exceptionnelles |  | 77 Produits exceptionnels |  |
| 68 Dotation aux amortissements, dépreciations et provisions |  | 78 Reprise amortissement, dépreciations et provisions |  |
| 69 Impôts sur les bénéfices |  | 79 Transfert de charges |  |
| **TOTAL CHARGES** | **0,00 €** | **TOTAL PRODUITS** | **0,00 €** |
| 86 Contributions volontaires |  | 87 Contrepartie, contributions à titre gratuit |  |
| **TOTAL CHARGES ET CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES** | **0,00 €** | **TOTAL PRODUITS ET CONTREPARTIE CONTRIBUTIONS A TITRE GRATUIT** | **0,00 €** |
| **RESULTAT DE L'EXERCICE***(total des produits – total des charges)* | **0,00 €** |

|  |
| --- |
| **Commentaires :** |
|
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | La structure **sollicite une aide de** ……………………….. € dans le cadre de l’animation du REAAP |
|  |  | *Je soussigné, (Nom, Prénom, Qualité) .................................................................................………………………………………………………………….…**.................................................................................………………………………………………………………………………………………………………………………….…….**certifie exacts les renseignements joints à l’appui de la présente demande et accepte de communiquer éventuellement à la Caisse tout document complémentaire destiné à les vérifier.**A................…………...................…..……………. le......................……………………….**Signature* |