**Formulaire d'évaluation de projet**

**1. PRESENTATION**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE** |
| **Nom et sigle :** |  |
| **Coordonnées du siège social** | Adresse : |
| Code postal : | Commune : |
| Téléphone : | Fax : |

**Intitulé du projet :**

**Date de démarrage du projet :**

**Date de clôture du projet :**

**2. Modèle EVALUATION DU PROJET**

**2.1. Nature du projet**

**Actions collectives de prévention**

Atelier Conférence Forum

Réunion collective

Sortie

Visites à domicile

**Thématiques :**

Accès aux droits Activités physiques Bienvenue à la retraite

Equilibre/Prévention des chutes

Habitat et cadre de vie

Mémoire

Nutrition

Santé globale – Bien vieillir Sécurité domestique Sécurité routière

Sommeil

Bien-être-estime de soi

**Nouveaux services d’aide à domicile**

Petits travaux Aide aux courses Portage de repas Autre (à préciser) :

**Actions collectives de maintien du lien social**

Atelier Conférence Forum

Réunion collective

Sortie

Visites à domicile

Séjour vacances

**Thématiques**

Culture

Lutte contre l’isolement Activités ludiques Mobilité/Transport Nouvelles technologies Cuisine

Transmission de savoir et de mémoire

Vacances

**2.2. Analyse et résultat des indicateurs d'évaluation**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rappel des indicateurs quantitatifs** | **Analyse et résultat** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Rappel des indicateurs qualitatifs** | **Analyse et résultat** |
|  |  |

**2.3. Population bénéficiaire de l’action**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Population visée** | **Population réellement touchée***(qualité et quantité)* | **Objectifs atteints** |
| Tout public |  |  |
| Retraité GIR 5 et 6 |  |  |
| Public spécifique migrant |  |  |
| Public spécifique veufs/veuves |  |  |
| Nouveaux retraités |  |  |
| Résidents LVC |  |  |
| Aidants |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Intergénérationnel |  |  |
| Autre. A préciser : |  |  |

**2.4. Niveau d’intervention géographique du projet**

Régional Départemental Intercommunal Communal Quartier

Préciser la(s) commune(s) d'intervention :

**2.5. Communication utilisée**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Type de support** | **Objectif** | **Moment de diffusion** | **Mode de diffusion** |
| *Ex : article de presse* | *Annonce de l'atelier* | *15 jours avant le démarrage* | *Presse locale* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**2.6. Calendrier**

**Avez-vous pu respecter le calendrier prévisionnel ?** OUI NON Si NON, pourquoi ?

**2.7. Partenaires (hors financeurs)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Partenariat prévu** | **Rôle dans l'action** | **Objectifs atteints** |
|  |  |  |

**2.8. Atteinte des objectifs**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rappel des objectifs fixés :** | **Moyens mis en œuvre** | **Actions réellement réalisées - résultats** |
|  |  |  |

**Points forts du projet :**

**Difficultés et limites rencontrées : Résultats non attendus constatés : Perspectives données au projet :**

**2.9. Budget effectivement réalisé**

|  |
| --- |
| **Budget réalisé :** |
| **CHARGES** | **MONTANT** | **PRODUITS** | **MONTANT** |
| **Charges spécifiques à l'action** |  | **Autofinancement** |  |
| Achats |  |  |  |
| Prestations de services |  | **Participation des usagers** |  |
| Matières et fournitures |  |  |  |
|  |  | **Subventions demandées** |  |
| **Services Extérieurs** |  | ARS |  |
| Locations |  | Ministère : |  |
| Entretien |  | Région : |  |
| Assurances |  | Département : |  |
|  |  | Commune : |  |
| **Autres services extérieurs** |  |  |  |
| Honoraires |  | **Organismes sociaux** |  |
| Publicité |  | Assurance Maladie |  |
| Déplacements, missions |  | Carsat |  |
|  |  | MSA |  |
| **Charges de personnel** |  | RSI |  |
| Salaires et charges |  | Autre : |  |
|  |  | Caisses complémentaires (Apréciser) : |  |
| **Frais généraux** |  |  |  |
|  |  | CNASEA (emplois aidés) |  |
|  |  |  |  |
| **Autres charges** (A préciser) |  | Autres recettes attendues |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Demandes de financementcommunautaire |  |
|  |  |  |  |
|  |  | **Ressources indirectes****affectées** |  |
|  |  |  |  |
| **Coût total du projet** |  | **Total des recettes** |  |
| Emplois des contributionsvolontaires en nature |  | Contributions volontaires en nature *(mise à disposition du**personnel)* |  |
| Secours en nature |  | Dons en nature |  |
| Mise à disposition gratuite debiens et prestations |  | Prestations en nature *(locaux,**matériel, …)* |  |
| Personnel bénévole |  | Bénévolat |  |
| **TOTAL** |  | **TOTAL** |  |

Date :

Le représentant légal de la structure

L’évaluation complète du projet doit être adressée à la CARSAT, **dans la limite du délai fixé par la convention**

 par courrier

 par mail