**Grille d'auto-évaluation et de suivi des Eaje candidats à un renouvellement de labellisation Avip qui s'engagent à respecter l'ensemble des critères d'adhésion dans un délai de 12 mois**

|  |  |
| --- | --- |
| Votre demande de labélisation AVIP s’inscrit-elle dans le cadre d’un renouvellement ?**Si non, vous n’avez pas à compléter la suite de ce formulaire** | □ Oui □ Non |

1. **Données relatives aux familles bénéficiaires du dispositif AVIP par rapport aux données générales de la structure**

|  |  |
| --- | --- |
| Capacité d’accueil de la structure en nombre de places/berceaux (cf. agrément PMI) |  |
| Nombre de places réservées AVIP |  |
| Part en % de ces places par rapport à la capacité d’accueil totale - doit être au moins égale à 20% - au 31/12/N |  |
| Temps d'accueil consacré à l’accueil des enfants bénéficiant d’une place AVIPPour rappel, l’enfant bénéficiaire doit être accueilli au minimum 10h/semaine en moyenne sur l’année | En nombre d'heures annuel |  |
| En termes d’amplitude horaire |  |
| Nombre d’enfants bénéficiaires |  |
| - Dont enfants de familles monoparentales |  |
| - Dont enfants de familles monoparentales vivant sur un Qpv |  |
| Nombre de familles bénéficiaires du RSA |  |
| Horaires atypiques proposés (avant 7h30 et après 19h00) | □ Oui □ Non |

1. **Données relatives à l’orientation des familles vers le dispositif AVIP**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de familles orientées par Pôle emploi |  |
| Nombre de familles orientées par le Département 77 |  |
| Nombre de familles orientées par la Caf 77 |  |
| Nombre de familles orientées par la Msa Idf |  |
| Nombre de familles orientées par la Mission locale |  |
| Nombre de familles orientées par une AAVE |  |

1. **Participation de la structure d’accueil à l’accompagnement global de la famille**

|  |  |
| --- | --- |
| A quelle échelle le partage du diagnostic des besoins du territoire s’est-il réalisé ? ex : à l’échelle de la commune ou de plusieurs communes, de l’intercommunalité, du département, autre… |  |
| Dans quel contexte s’est effectué le repérage / orientation des parents vers les partenaires locaux inscrits dans le dispositif Avip ? ex : sur proposition de Pôle Emploi, de la crèche AVIP, ou autre acteur de l’insertion, voire dans le cadre de commission (précisez laquelle) |  |
| Nombre de Contrat d’Engagement Réciproque AVIP Parent/Eaje/ Pôle emploi, mission locale ou AAVE signés |  |
| En cas de partenariat préexistant à la labellisation, quels sont les partenaires en charge de l’accompagnement social (et/ou professionnel) en lien avec Pôle emploi que vous identifiez ? |  |

1. **Suites données à la sortie du dispositif**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de places pérennes attribuées |  |
| Nombre d’enfants bénéficiaires d’une place pérenne jusqu’à leur entrée en école maternelle |  |