



BILAN WEEK-END EN FAMILLES 2024

Une journée ou plusieurs avec 3 nuits maximum
permettant l'accès aux loisirs des familles,
renforçant les liens parents – enfants.

Merci de tamponner, signer votre fiche bilan et la liste des participants

**A TRANSMETTRE AU PLUS TARD 1 MOIS APRES LA SORTIE ET
AVANT LE 6 DECEMBRE POUR LES SORTIES DE NOVEMBRE ET DU 1^{ER} DECEMBRE**

Organisateur du départ :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Contact référent :

Renseignement sur le public concerné

Nombre de famille(s) concernée(s) :

(père et/ou mère et 1 ou plusieurs enfants au sens des prestations familiales)

Nombre d'adulte(s) :

Nombre d'enfant(s) :

Dont nombre de famille(s) avec enfant(s) en situation de handicap bénéficiaires de l'AEEH :

Dont nombre d'enfant(s) concerné(s) :

Nombre total de personnes :

Sortie

Date de la sortie :

Destination (Ville + site) :

Moyen de transport :

Montant de participation des familles :

Montant par adulte :

Montant par enfant :

Montant global des participations :

A JOINDRE :

Le document suivant contenant :

- **Le bilan de la sortie**

- **Le budget réel**

- **La liste des familles comportant les nom, prénom, numéro d'allocataire et si AEEH**

BILAN DE LA SORTIE

Il s'agit d'évaluer l'action et ses objectifs et non uniquement la satisfaction du séjour par les familles

<u>DATE SORTIE :</u>	<u>DESTINATION :</u>
<u>Descriptif</u> (de la réflexion à la réalisation)	
<u>Rappel des objectifs et préciser le degré d'atteinte :</u> Atteint, Partiellement atteint, Non atteint, Pourquoi ?	
<u>Implication des familles :</u>	<u>Avant</u>
	<u>Pendant</u>
	<u>Après</u>
<u>Résultats obtenus et Indicateurs d'évaluation</u> (quantitatifs et qualitatifs)	
<u>Moyen /outils d'évaluation</u>	
<u>Perspectives et pistes d'amélioration</u>	

BUDGET REEL :

<u>DATE SORTIE :</u>	<u>DESTINATION :</u>
-----------------------------	-----------------------------

CHARGES	EUROS	PRODUITS	EUROS
Transport		Participations des familles	
Alimentation		Participation Caf enfant AEEH : 54 € x enfant.s	
Loisirs		Participation Caf : 18 € x personnes	
Assurance		Montant valorisé au titre de l'ACF (pour les Centres sociaux)	
Frais de personnel		Partenaires :	
Autres :		Partenaires :	
		Partenaires :	
TOTAL GENERAL		TOTAL GENERAL	

MERCI DE PRECISER

NOMBRE DE PARTICIPANTS PREVUS (à l'inscription)	
MONTANT PREVU (notifié par la Caf)	€
NOMBRE REEL DE PARTICIPANTS (au séjour)	
MONTANT REEL (subvention de la Caf)	€

Remarques éventuelles :

Ci-après tableau récapitulatif des familles à compléter.

LISTE DES PARTICIPANTS

N° Allocataire CAF	A remplir (1 ligne par participant)		
	Nom	Prénom	AEEH

Fait à :

Le :

Titre :

Signature et tampon obligatoires :

Nombre total de participants

Nombre total de familles

Nombre total d'adultes

Nombre total d'enfants

dont enfants bénéficiaires de l'AEEH

