

**CONTRAT LOCAL D’ACCOMPAGNEMENT**

**A LA SCOLARITE**

**BILAN DE L’ACTION**

**Période du 01/09/2016 au 30/06/2017**

**Document à renvoyer au plus tard pour le :**

**17 JUILLET 2017, dernier délai**

**Par mail à :** partenaire-action-sociale.cafpas-de-calais@caf.cnafmail.fr

**ou**

**Par Fax au :** 03.21.46.93.39

**DESCRIPTION DE LA STRUCTURE**

**1 - Coordonnées de la structure**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de la structure :** |  | | |
| **Adresse :** |  | | |
| **Code postal :** |  | **Commune :** |  |
| **Téléphone :** |  | **Courriel :** |  |

**2 – Statut et type de structure**

**2-1. Statut de la structure :**

Association

Public

Autre, précisez :

**2-2. Type de structure :**

Centre social

Association locale ou de quartier

Association affiliée à une tête de réseau nationale (hors centres sociaux)

CCAS

Autre, précisez :

**PRESENTATION DE L’ACTION 2016/2017**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombres d’élèves au total** |  |
| **Nombre de groupes** |  |
| **Nombre de cycles accordés** |  |

* **Établissement(s) scolaire(s) où sont scolarisés les élèves**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Identification de  l’établissement scolaire  Nom et Adresse | REP ou REP+ | Action située en quartier politique de la ville | Action financée dans le cadre de la politique ville | Nombre d’élèves | Classe(s) | Lieu de  Déroulement  de l’action |
|  | OUI  NON | OUI  NON | OUI  NON |  |  |  |
|  | OUI  NON | OUI  NON | OUI  NON |  |  |  |
|  | OUI  NON | OUI  NON | OUI  NON |  |  |  |
|  | OUI  NON | OUI  NON | OUI  NON |  |  |  |

**RAPPORT D’ACTIVITE DE L’ACTION**

**DU 01/09/2016 AU 30/06/2017**

**A – PARTICIPATION A LA VIE DU RESEAU**

**A1 – Connaissez-vous et si oui, avez-vous participé au Réseau Parentalité ?** :

OUI  NON

**Si OUI**, *participez-vous aux rencontres ou initiatives proposées dans le cadre de cette animation ?*

OUI NON

**A2 - Votre structure a-t-elle porté une ou des action(s) Reaap pour l’année N ?**

OUI NON

**A3 – Avez-vous été associé pour le Clas à un projet éducatif mettant en lien différents partenaires sur le territoire ?**

OUI NON

**Si OUI**, à un :

Contrat Educatif Local (CEL) ou un Projet Educatif Local ‘PEL)

Projet Educatif de Territoire (PEDT)

autre type de projet éducatif partenarial sur votre territoire

Précisez :

**A4 – Avez-vous articulé vos projets avec d’autres acteurs qui accompagnent les enfants et les jeunes en dehors du temps scolaire ?**

OUI NON

**Si OUI**, avec :

une équipe de Réussite Educative (PRE, DRE…)

d’autres acteurs, précisez :

**B– ASPECTS FINANCIERS**

**B1 – Précisez dans le tableau ci-dessous le montant des financements reçus par votre structure pour le projet d’accompagnement à la scolarité sur l’année scolaire 2016 - 2017 :**

Merci de penser à valoriser la mise à disposition de moyens (salles, personnel…) par les communes notamment

|  |  |
| --- | --- |
| Etat (DDCS (PP) ou CGET**\***) |  |
| Caf |  |
| Msa |  |
| Commune et Intercommunalité |  |
| Département |  |
| Région |  |
| Participation des Familles (dont adhésions) |  |
| Autres financements |  |
| **Total** |  |

**\*** ex-Acsé

**C – DESCRIPTION DU Clas**

**C1 – Localisation**

* ****Dans quelle commune se déroule le Clas ?

(si le Clas se déroule dans plusieurs communes, citez la commune principalement concernée).

* Dans quel type de locaux a habituellement lieu le Clas ? (plusieurs réponses possibles)

Dans les locaux de votre structure ou dans des locaux mis à disposition, en dehors d’un établissement scolaire (par exemple dans des locaux associatifs, ou deslocaux municipaux…)

Dans les locaux d’un établissement scolaire

Autres, précisez :

**C2 – Périodes et jours de fonctionnement**

* Sur quels temps se déroule habituellement le Clas ? (plusieurs réponses possibles)

**Sur le temps méridien**

Lundi mardi jeudi vendredi

**Le soir, après la classe**

Lundi mardi jeudi vendredi

**Le mercredi**

**Le samedi**

**Durant les vacances scolaires**

**Autres temps, précisez** :

* Durée habituelle d’une séance de Clas (en minutes) :
* En élémentaire : ……….. min
* En collège ou Lycée : ………. min
* Nombre de semaines d’intervention sur l’année N-1 – N : …………
* Si le Clas concerne des enfants à l’école élémentaire, l’action Clas a-t-elle lieu sur les mêmes horaires que les activités organisées dans le temps des nouveaux temps\* d’accueil périscolaires (Nap), si elles existent ?

\* ***En lien avec la réforme des rythmes scolaires***

OUI NON

**C3 – Les liens avec les établissements scolaires**

* Le Clas fait-il l’objet d’un partenariat avec le ou les établissements scolaires des enfants/jeunes accueillis ?

** *(Plusieurs réponses possibles, si le partenariat varie selon les établissements scolaires)***

Oui, un partenariat formalisé (engagement écrit, convention, etc…)

Oui, un partenariat informel (contacts avec le directeur d’établissement, avec le CPE, avec des enseignants…)

Non, il n’existe pas de partenariat à ce jour

**D– PUBLIC ACCUEILLI**

***Tableaux à renseigner sur la base de la fréquentation effective***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Elémentaire | Collège | Lycée | Autre | TOTAL |
| Nombre d’enfants/de jeunes accueillis par niveau scolaire |  |  |  |  |  |
| **Dont** nombre d’enfants en Territoire prioritaire Politique de la Ville |  |  |  |  |  |
| **Dont** nombre d’enfants en REP et/ou REP+ |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombres de familles différentes concernées** |  |

* Pour votre structure le Clas concerne-t-il principalement des populations résidant dans un ou des quartiers prioritaires de la politique de la ville ou des enfants/jeunes scolarisés dans des établissements appartenant à un Réseau d’éducation prioritaire (PEP) ?

OUI NON

**E – L’ACTION AUPRES DES ENFANTS**

**E1 – Problématiques repérées**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **OUI** | **NON** | Expliquez |
| **1** | Difficultés scolaires |  |  |  |
| **2** | Conditions de logement et/ou environnement inadaptés au travail scolaire (bruit, exiguïté…) |  |  |  |
| **3** | Accès limité à des activités socio-culturelles |  |  |  |
| **4** | Disponibilité réduite des parents |  |  |  |
| **5** | Maitrise difficile de la langue française par les parents |  |  |  |
| **6** | Parents en difficulté ou en rupture avec l’école |  |  |  |
| **7** | Autre **(précisez)** |  |  |  |

**E2 – Modalités d’inscription des enfants**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **OUI** | **NON** | Expliquez les modalités de mise en œuvre |
| **1** | Les familles |  |  |  |
| **2** | Les enfants et/ou les jeunes |  |  |  |
| **3** | Sur proposition des enseignants |  |  |  |
| **4** | Sur proposition des travailleurs sociaux |  |  |  |
| **5** | Sur proposition des associations ou d’autres acteurs locaux |  |  |  |
| **6** | Sur proposition de l’équipe de Réussite Educative (PRE/DRE…) |  |  |  |
| **7** | Autre (**précisez**) |  |  |  |

**E3 –** **L’encadrement des enfants et des jeunes**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre d’animateurs Clas** | **Nombre annuel d’heures pour le Clas** |
| Salariés |  |  |
| Volontaire |  |  |
| Bénévoles |  |  |
| **Soit au total** |  |  |

* **précisez les écarts par rapport aux prévisions inscrites dans votre projet pour 2016/2017**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre d’animateurs Clas** | Salariés permanents | Salariés vacataires | Bénévoles |
| Projet 2016/2017 |  |  |  |
| Réel du 01/09/2016  au 30/06/2017 |  |  |  |

**E4 – Activités proposées et outils utilisés**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **OUI** | **NON** | Expliquez les modalités de mise en œuvre |
| **1** | Aide méthodologique |  |  |  |
| **2** | Aide au travail personnel |  |  |  |
| **3** | Activités culturelles ou artistiques, lecture plaisir, sportives, |  |  |  |
| **4** | Activités scientifiques, informatiques (***précisez)*** |  |  |  |
| **5** | Jeux éducatifs |  |  |  |
| **6** | Sorties ou visites (***précisez le lieu et date***) |  |  |  |
| **7** | Activités liées à la citoyenneté : recherche d’informations, débats… |  |  |  |
| **8** | Echanges sur le fonctionnement de l’école, sur l’orientation… |  |  |  |
| **9** | Autre **(précisez)** |  |  |  |

****

**F – l’action auprès des parents**

**F1 – Relations avec les parents**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **OUI** | **NON** | **Si OUI, niveau de participation des parents** |
| **1** | Réunion d’information sur le Clas à destination des parents |  |  | **--** |
| **2** | Contractualisation avec les parents et l’enfant/le jeune autour d’engagements réciproques |  |  | **--** |
| **3** | Echanges informels entre les accompagnateurs et les parents |  |  | **--** |
| **4** | Rencontres individuelles programmés entre les accompagnateurs et les parents (et éventuellement l’enfant/le jeune) |  |  | **--** |
| **5** | Mise en place d’outils de liaison et d’échanges avec les parents (**précisez**) |  |  | **--** |
| **6** | Accompagnement des parents lors de rencontres avec les enseignants |  |  | **--** |
| **7** | Temps de convivialité avec les parents |  |  | **--** |
| **8** | Participation des parents à des séances du Clas (séances classiques, sorties…) |  |  | **--** |
| **9** | Rencontres avec les parents autour d’une thématique |  |  | **--** |
| **10** | Autres types d’action à destination des parents |  |  | **--** |

**G - Évaluation de l’action menée durant la période de septembre 2016 à juin 2017**

|  |  |
| --- | --- |
| **MODALITES D’EVALUATION - Action 2016/2017 -** | |
| **Avez-vous mis en place une instance de suivi de l’action ?**  OUI  NON  *Si oui, merci de joindre le compte-rendu* | |
| Si oui, Laquelle ? |  |
| Quelle est sa composition ? |  |
| Quand s’est-elle réunie ? |  |
| **Quels sont les résultats et/ou effets observés de l’action sur les enfants et les parents ?** | |
|  | |
| **Quels sont les résultats observés auprès des parents, dans la relation avec leur enfant et notamment dans leur implication dans l’accompagnement de l’enfant dans sa réussite éducative ?** | |
|  | |
| **Quels sont les résultats observés auprès des parents, dans la relation avec l’équipe éducative en charge de leur enfant ?** | |
|  | |
| **Quels ont été les outils utilisés dans votre action ?**  (grille d’entretien, questionnaire enfants, parents, cahier de liaison…) | |
|  | |

***Il vous est possible d’apporter toutes autres informations qui vous paraissent pertinentes***

****

**COMPTE DE RESULTAT DEFINITIF**

**DE L’ACTION 2016/2017**

***(Cf. Pièce jointe)***

**Annexe au compte de résultat définitif**

**de l'action 2016/2017**

**I. Veuillez indiquer et justifier les écarts éventuels entre le budget prévisionnel et la réalisation de l'action**

**II. Quelles sont les contributions volontaires en nature affectées à la réalisation du projet ou de l'action subventionnée ?**

**III. Avez-vous des observations à faire sur le compte rendu financier de l'opération subventionnée ?**

Je soussigné(e) (nom et prénom),

représentant(e) légal(e) de :

certifie exactes les informations du présent compte rendu.

Fait, le à

Signature