**FOND NATIONAL PARENTALITE – AXE 3 (FNP3)**

**PROJET DE FONCTIONNEMENT 2025**

**Lieu ressources parentalité**

|  |  |
| --- | --- |
| **TERRITOIRE** | Choisissez un élément. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fiche N° 1** | Présentation du gestionnaire |

* 1. Identification du gestionnaire

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’Organisme demandeur |  |
| Adresse de l’Organisme demandeur |  |
| Statut juridique | Association issue de la loi de 1901  Collectivité territoriales (communes, Epci)  Etablissement public à caractère social ou médicosocial sanitaire  Etablissement privé à caractère social ou médicosocial sanitaire  Fondation reconnue d’utilité publique à caractère social ou sanitaire  Acteur du secteur privé lucratif, sous réserve qu’il mette en place une gestion désintéressée |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fiche N°2** | Présentation de l’équipement |

2.1 Identification de l’équipement et ou service

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dénomination de la structure |  | | | |
| Adresse(s) |  | | | |
| Zone(s) d’intervention | Couverture territoriale | | Départementale  Intercommunale  Communale | |
| L’action du Lieu Ressource couvre-t-elle | | Un QPV  Oui  Non  Une ZRR ou FRR  Oui  Non | |
| Horaire d’ouverture au public |  | Matin | | Après-midi |
| Lundi |  | |  |
| Mardi |  | |  |
| Mercredi |  | |  |
| Jeudi |  | |  |
| Vendredi |  | |  |
| Samedi |  | |  |
| Dimanche |  | |  |
| Nombre de semaines d’ouverture par an |  | | | |
| Présentation physique du lieu ou des lieux si multi site (surface, accueil…) | Locaux propres  Locaux partagés avec d’autres équipements | | | |

* 1. Présentation de l’équipe

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nom-prénom- | Statut  (Cdi, cdd, bénévole, vacataire, libéral) | Fonction | Diplôme - formation | Nombre d’heures par semaine |
| 1 |  | Choisissez un élément. |  |  |  |
| 2 |  | Choisissez un élément. |  |  |  |
| 3 |  | Choisissez un élément. |  |  |  |
| 4 |  | Choisissez un élément. |  |  |  |
| 5 |  | Choisissez un élément. |  |  |  |
| 6 |  | Choisissez un élément. |  |  |  |
| 7 |  | Choisissez un élément. |  |  |  |
| 8 |  | Choisissez un élément. |  |  |  |
| 9 |  | Choisissez un élément. |  |  |  |
| 10 |  | Choisissez un élément. |  |  |  |
| 11 |  | Choisissez un élément. |  |  |  |
| 12 |  | Choisissez un élément. |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fiche N°3** | Eléments de diagnostic et évaluation |

* 1. Etat des lieux, diagnostic

*Comment les besoins parentalité ont-ils été repérés ?*

*Les parents ont-ils été associés à la démarche ? Si Oui, comment ? Si non, pourquoi ?*

*Sur quel territoire (à quelle échelle, quartier, ville) ? Ses caractéristiques (zone rurale, urbaine, politique de la ville) ?*

*Avec quel(s) partenaire(s) la démarche de diagnostic a-t-elle été engagée ?*

|  |
| --- |
|  |

* 1. Problématiques repérées

*Quelles sont les problématiques repérées auxquelles vous souhaitez répondre par la mise en place de ce projet ?*

|  |
| --- |
|  |

* 1. Objectifs généraux de votre projet parentalité

*Quelle est la finalité de votre projet ?*

*Quel lien avec le projet global de la structure ?*

|  |
| --- |
|  |

* 1. Public visé

*Quel est leur nombre, leur statut (père, mère, tous les parents), la tranche d’âge des enfants, leur lieu d’habitation ?*

*Est-il confronté à des difficultés spécifiques ?*

|  |
| --- |
|  |

* 1. Partenariat

*Participez-vous au comité local parentalité ? A des groupes de travail et/ou de réflexion ?*

*Animez-vous des collectifs de travail ou de réflexion ? Quels sont vos partenaires ? Accueillez-vous des actions animées par des partenaires ?*

|  |
| --- |
|  |

*Accueillez-vous des permanences de partenaires extérieurs ?*

*Si oui, veuillez indiquer l’heure et les jours d’accueil et le nom du partenaire*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Matin | Après-midi |
| Lundi |  |  |
| Mardi |  |  |
| Mercredi |  |  |
| Jeudi |  |  |
| Vendredi |  |  |
| Samedi |  |  |

* 1. Instance de suivi de votre projet parentalité

*Quelles sont les instances de pilotage et de suivi de ce projet ?*

*A quelle fréquence se réunissent ces instances ?*

*Quels sont les partenaires associés à ces instances ?*

*Comment les parents sont-ils impliqués ?*

|  |
| --- |
|  |

* 1. Indicateurs de suivi et d’évaluation

*Quels sont les effets attendus auprès des familles ?*

*Quels sont les indicateurs retenus pour évaluer vos interventions auprès des familles ? Comment sont-ils recueillis ?*

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fiche N°4** | Présentation de l’offre de service en direction des familles |

*Offres de services proposées dans le lieu*

Médiation familiale

Espace Rencontre

Conseil conjugal

LAEP

Actions Fnp – Axe 1 (ex-REAAP)

Accès aux droits

Pôle ressource Handicap

AAD

RPE

Permanence(s)

Autres(s) offres de service (précisez) :

|  |
| --- |
|  |

*Présentation des modalités de mise œuvre de votre projet d’intervention auprès des familles : De l’accueil individuel et/ou collectif, de l’orientation vers des partenaires ou des services ou équipement en interne*

|  |
| --- |
|  |

*Souhaitez-vous apporter des éléments complémentaires ? Nous faire part de projet à venir à plus ou moins long terme ?*

|  |
| --- |
|  |