

**Parentalité**

**Modèle de demande de financement action Reaap 2025**

Sommaire

[**Liste des pièces justificatives à fournir lors du dépôt de dossier** 3](#_Toc182902220)

[Associations – Mutuelles- Comité social et économique 3](#_Toc182902221)

[Collectivités territoriales – Etablissements publics de coopération intercommunale (EPCI) 4](#_Toc182902222)

[Les entreprises – Groupements d’entreprises 4](#_Toc182902223)

[**Formulaire de demande de financement Reaap** 5](#_Toc182902224)

[Partie 1 : Choix du financeur 5](#_Toc182902225)

[Partie 2 : Préambule 5](#_Toc182902226)

[Partie 3 : Critères d’éligibilité 6](#_Toc182902227)

[Partie 4 : Organisation du projet 7](#_Toc182902228)

[Description opérationnelle du projet 7](#_Toc182902229)

[Présentation du projet 9](#_Toc182902230)

[**Description de l’action 1 10**](#_Toc182902231)

[Accessibilité des parents à l’action 1 11](#_Toc182902232)

[Localisation de l’action 1 12](#_Toc182902233)

[Calendrier de mise en œuvre de l’action 1 12](#_Toc182902234)

[Evaluation de l’action 1 13](#_Toc182902235)

[Liste des intervenants sur les actions 14](#_Toc182902236)

[Comptabilité par action (obligatoire) 14](#_Toc182902237)

[Description de l’action 2 15](#_Toc182902238)

[Accessibilité des parents à l’action 2 16](#_Toc182902239)

[Localisation de l’action 2 17](#_Toc182902240)

[Calendrier de mise en œuvre de l’action 2 17](#_Toc182902241)

[Evaluation de l’action 2 18](#_Toc182902242)

[Liste des intervenants sur les actions 18](#_Toc182902243)

[Comptabilité par action (obligatoire) 18](#_Toc182902244)

[Description de l’action 3 19](#_Toc182902245)

[Accessibilité des parents à l’action 3 20](#_Toc182902246)

[Localisation de l’action 3 21](#_Toc182902247)

[Calendrier de mise en œuvre de l’action 3 21](#_Toc182902248)

[Evaluation de l’action 3 22](#_Toc182902249)

[Liste des intervenants sur les actions 22](#_Toc182902250)

[Comptabilité par action (obligatoire) 22](#_Toc182902251)

[Description de l’action 4 23](#_Toc182902252)

[Accessibilité des parents à l’action 4 24](#_Toc182902253)

[Localisation de l’action 4 25](#_Toc182902254)

[Calendrier de mise en œuvre de l’action 4 25](#_Toc182902255)

[Evaluation de l’action 4 26](#_Toc182902256)

[Liste des intervenants sur les actions 26](#_Toc182902257)

[Comptabilité par action (obligatoire) 26](#_Toc182902258)

[Description de l’action 5 27](#_Toc182902259)

[Accessibilité des parents à l’action 5 28](#_Toc182902260)

[Localisation de l’action 5 29](#_Toc182902261)

[Calendrier de mise en œuvre de l’action 5 29](#_Toc182902262)

[Evaluation de l’action 5 30](#_Toc182902263)

[Liste des intervenants sur les actions 30](#_Toc182902264)

[Comptabilité par action (obligatoire) 30](#_Toc182902265)

[Budget prévisionnel du projet 31](#_Toc182902266)

[Domiciliation bancaire 34](#_Toc182902267)

[Pièces justificatives 35](#_Toc182902268)

[Etape 5 – Récapitulatif 36](#_Toc182902269)

[Confirmation 36](#_Toc182902270)

**📢Ne pas joindre les pièces justificatives lors du dépôt de la demande, elles seront à déposer dans Elan quand le téléservice sera disponible.**

**Merci de joindre les devis des actions.**

# **Liste des pièces justificatives à fournir lors du dépôt de dossier**

## Associations – Mutuelles- Comité social et économique

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nature de l’élément justifié** | **Justificatifs à fournir pour la signature de la première convention** | **Justificatifs à fournir pour la signature du renouvellement de la convention** |
| **Existence légale** | * Pour les associations : récépissé de déclaration en Préfecture * Pour les Cse : procès-verbal des dernières élections constitutives | * Attestation de non-changement de situation |
| - Numéro SIREN / SIRET |
| **Vocation** | **-** Statuts datés et signés |
| **Destinataire du paiement** | * Relevé d'identité bancaire, postal, IBAN ou caisse d'épargne du bénéficiaire de l'aide, ou du bénéficiaire de la cession de créance (loi Dailly) |
| **Capacité du contractant** | * Liste datée des membres du conseil d’administration et du bureau | * Liste datée des membres du conseil d’administration et du bureau |
| **Pérennité** | * Compte de résultat et bilan (ou éléments de bilan) relatifs à l’année précédant la demande (si l’association existait en N-1) |  |

## Collectivités territoriales – Etablissements publics de coopération intercommunale (EPCI)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nature de l’élément justifié** | **Justificatifs à fournir pour la signature de la première convention** | **Justificatifs à fournir pour la signature du renouvellement de la convention** |
| **Existence légale** | * Arrêté préfectoral portant création d’un EPCI et détaillant le champ de compétence | * Attestation de non-changement de situation |
| * Numéro SIREN / SIRET |
| **Vocation** | * Statuts pour les établissements publics de coopération intercommunale (détaillant les champs de compétence) |
| **Destinataire du paiement** | * Relevé d'identité bancaire, postal, IBAN |

## Les entreprises – Groupements d’entreprises

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nature de l’élément justifié** | **Justificatifs à fournir pour la signature de la première convention** | | | **Justificatifs à fournir pour la signature du renouvellement de la convention** |
| **Vocation** | | * Statuts datés et signés | | * Attestation de non-changement de situation |
| **Destinataire du paiement** | | * Relevé d'identité bancaire, postal, IBAN ou caisse d'épargne du bénéficiaire de l'aide, ou du bénéficiaire de la cession de créance (loi Dailly). | |
| **Existence légale** | | * Numéro SIREN / SIRET | |
| * Extrait Kbis du registre du commerce délivré par le greffier du Tribunal de commerce, datant de moins de 3 mois | | * Extrait Kbis du registre du commerce délivré par le greffier du Tribunal de commerce, datant de moins de 3 mois |
| **Pérennité** | | | * Compte de résultat et bilan (ou éléments de bilan) relatifs à l’année précédant la demande (si l’entreprise existait en N-1) |  |

# **Formulaire de demande de financement Reaap**

*Veuillez trouver ci-dessous l'ensemble des questions posées dans le formulaire de demande de financement REAAP 2025.*

# Partie 1 : Choix du financeur

|  |  |
| --- | --- |
| Choix de la CAF | *37* |

# Partie 2 : Préambule

*Vous trouverez dans cette partie l’ensemble des informations de votre Caf relatives au dépôt de dossier REAAP.*

Alors que plus de deux parents sur cinq estiment aujourd’hui difficile l’exercice de leur rôle, la politique de soutien à la parentalité, réaffirmée par l’Etat dans le cadre de la stratégie nationale « Dessine-moi un parent », vise à répondre aux différentes préoccupations des parents relatives à l’arrivée du premier ou d’un nouvel enfant, à sa scolarité, à sa santé, à son équilibre et son développement, aux difficultés relationnelles rencontrées à certaines périodes charnières etc. Le soutien à la parentalité s’adresse à tous les parents qui s’interrogent sur l’éducation de leurs enfants au quotidien. Dans une logique de prévention primaire universelle, c’est une composante à part entière de la politique familiale, qui s’adresse à toutes les familles, quels que soient leur catégorie socioprofessionnelle, leur lieu de résidence, leur composition, leurs vulnérabilités etc.

En valorisant les parents dans leur rôle, le soutien à la parentalité contribue à prévenir et accompagner les risques pouvant peser sur les relations intrafamiliales (ruptures familiales, relations conflictuelles parents/ados, etc.). Les actions de soutien et d’accompagnement à la parentalité sont des actions mises en œuvre avec et pour les parents sur un territoire. Elles visent à mettre à leur disposition un ensemble de ressources, d’informations et de services pour les accompagner dans l’éducation de leurs enfants, aux moments clés de leur vie familiale, si et quand ils en ressentent le besoin.

Les porteurs des actions parentalité soutenues par les Caf et leurs partenaires s'inscrivent dans le cadre de la [charte nationale de soutien à la parentalité](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_nationale_de_soutien_a_la_parentalite.pdf) et doivent répondre aux principes énoncés dans la [charte nationale des REAAP](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_des_reaap_annexe_1.pdf) et respecter les principes du Contrat d’Engagement Républicain et de la [Charte de la laïcité de la branche Famille et de ses partenaires.](https://www.caf.fr/sites/default/files/medias/cnaf/Nous_connaitre/qui%20sommes%20nous/Textes%20de%20r%C3%A9f%C3%A9rence/Charte_la%C3%AFcit%C3%A9_branche_Famille.pdf)

Pour pouvoir bénéficier d’un financement par la branche Famille au titre des actions de soutien à la parentalité, les projets soutenus par les Caf doivent répondre aux critères définis par le [référentiel national de financement des actions du fonds national de soutien à la parentalité (FNP1)](https://www.caf.fr/sites/default/files/medias/cnaf/Nous_connaitre/qui%20sommes%20nous/Textes%20de%20r%C3%A9f%C3%A9rence/Circulaires/Avant%202021/1-Referentiel_national_de_financement_actions_parentalite.pdf).

# Partie 3 : Critères d’éligibilité

Si vous confirmez vouloir déposer une demande de financement, vérifiez votre éligibilité pour le dispositif en renseignant les critères ci-après.

Les champs marqués d'un **\*** sont obligatoires.

|  |  |
| --- | --- |
| Le projet Reaap respecte les principes énoncés dans la charte nationale de soutien à la parentalité \* | Oui Non |
| Le porteur de projet respecte les principes du contrat d’engagement républicain et de la Charte de la laïcité de la branche famille et de ses partenaires \* | OuiNon |
|  |  |

Pour plus d'informations sur les conditions d'accès au dispositif, consultez le préambule dans la page précédente.

# Partie 4 : Organisation du projet

|  |  |
| --- | --- |
| Intitulé du projet PARENTALITE de la structure \* | *Si vous déposez une demande de financement pour une seule action, indiquez ici l’intitulé de l’action* |

## Description opérationnelle du projet

|  |  |
| --- | --- |
| Avez-vous déjà déposé une demande de financement sur Elan ? \* | Oui Non  *Si une demande de financement a déjà été déposée sur ELAN au titre de votre tiers, les pièces justificatives relatives au Tiers ne seront pas obligatoires lors du dépôt de cette demande.*  *En revanche, il vous faudra fournir une attestation de non-changement.* |
| *Si vous avez répondu oui à la question précédente* Numéro de la demande précédente  Nom de la structure porteuse du projet \* | *Saisir les informations*  *Si la structure porteuse est identique au tiers merci de reporter ici les éléments du tiers, dans le cas contraire précisez quel est le service rattaché au tiers qui porte le projet* |
| Type structure - REAAP \* | *Veuillez sélectionner une valeur*  CCAS /CIAS  Centre social /Espace de vie sociale  Etablissement d’accueil du jeune enfant  Relais Petite Enfance  LAEP  Ludothèque / Médiathèque |
| Numéro voie de la structure | Maison des ados ou PAEJ  Médiation familiale ou Espace de rencontre  Lieux ressource Parentalité  Autres  *Saisir les informations* |
| Type de voie \* | Allée  Allées  Avenue  … |
| Nom de la voie de la structure \* | *Saisir les informations* |
| Code postal \* | *Saisir les informations* |
| Ville de la structure \* | *Saisir les informations* |
| Nom du responsable de la structure \* | *Saisir les informations* |
| Prénom du responsable de la structure \* | *Saisir les informations* |
| Adresse mail du responsable de la structure \* | *Ex :* [*nom@domaine.com*](mailto:nom@domaine.com) |
| Téléphone du responsable de la structure \* | *Saisir les informations* |
| Nom du Référent du projet REAAP \* | *Saisir les informations* |
| Prénom du Référent du projet REAAP \* | *Saisir les informations* |
| Adresse mail du référent du projet REAAP \* | *Ex :* [*nom@domaine.com*](mailto:nom@domaine.com) |
| Téléphone du référent du projet REAAP \* | *Saisir les informations* |
| Participez-vous à un comité local ou départemental Parentalité \* | OuiNon |
| *Si vous répondez oui,* Lequel ? | *Saisir les informations* |
| Si *vous répondez* non, Pourquoi ? | *Saisir les informations* |
|  |  |

## Présentation du projet

|  |  |
| --- | --- |
| Concernant votre projet, il s’agit \*:  *Si vous répondez Renouvellement*  Merci d'indiquer une synthèse de la mise en œuvre du précédent projet : **\***  Contexte et origine du projet \* | *Veuillez sélectionner une valeur*  Nouveau  Renouvellement  *Saisir les informations*  *Comment les besoins parentalité ont été repérés et ce qui vous a amené à concevoir ce projet* |
| Les parents sont-ils à l’origine du projet ? \*  *Si vous répondez oui,* précisez comment \*  Objectifs du projet global \* | Oui Non  *Saisir les informations*  *Objectifs du projet et liens avec le projet global de la structure.*  *Ici, vous décrirez de façon synthétique les objectifs globaux du projet. Attention les objectifs de chaque action vous seront demandés plus loin.* |
| Nombre total d’actions composant le projet global \* | *Merci de saisir un nombre d’action compris entre 1 et 5* |
|  |  |
| Existe-t-il un comité de pilotage ou une instance de suivi de projet ? | ☐Oui☐Non |
| *Si vous avez répondu “oui”,* Quelle en est la composition et quel est le rôle de cette instance ? | *Saisir les informations* |

## Description de l’action 1

|  |  |
| --- | --- |
| Intitulé de l’action \* | *Saisir les informations* |
| Cette action est-elle nouvelle ? \*  *Si vous répondez “non”,* Précisez \* | Oui Non  *Veuillez saisir une valeur :*  Evolution et poursuite avec aménagement  Reconduction  Report de l’action de l’année n-1 |
| Thématique de l’action \*  *Si vous répondez Autre,* Précisez | *Veuillez saisir une valeur :*  Arrivée d’un enfant  Handicap  Numérique  Relation Enfant / Parent  Répit Parental  Santé  Lien école / famille  Séparation / Deuil  Autre  *Saisir les informations* |
| Nature de l’action \*  *Si vous répondez Autre,* Précisez | *Veuillez saisir une valeur :*  Groupes Naissance  Activités et ateliers partagés parents enfants  Conférences et cycles de conférence débat, ciné-débat  Groupe d’échange et entraide entre parents  Groupe de réflexion, recherche-actions, formation  Manifestation de type journée, semaine de la parentalité  Aide au démarrage Pdn Parentalité  Autre  *Saisir les informations* |
| Objectif opérationnel de l’action \*  Description de l’action \* | *Précisez vos objectifs opérationnels*  *Décrivez la mise en œuvre concrète de votre action* |
| Parents concernés \* | *Veuillez saisir une valeur*  1 - Tous les parents  2 - Couple  3 – Futur parents  4 – Mères uniquement  5 – Pères uniquement  6 – Familles monoparentales |
| L’action concerne des parents d’enfants âgés de \* | *Veuillez sélectionner une valeur*  1- Enfants 0-2 ans  2 – Enfants 3-5 ans  3 – Enfants 6-11 ans  4 – Enfants 0 à 18 ans  5 – Adolescents  Enfants 12-18 ans |
|  |  |
| Des partenaires sont-ils associés à l’action \*  *Si oui,* *vous pouvez saisir jusqu’à 4 partenaires*  Nom du partenaire \*  Nature du partenariat  *Si vous répondez 99-Autre,* Précisez | Oui Non  *Saisir les informations*  *Veuillez sélectionner une valeur*  1 – Associé à l’élaboration et l’évaluation de l’action  2 – Co-intervenant ou intervenant ponctuel dans l’action  3 – Relais d’information vers l’action  4 –Structure vers qui orienter les familles  99 –Autre  *Saisir les informations* |

## Accessibilité des parents à l’action 1

|  |  |
| --- | --- |
| Modalités de participation des parents à l’action\* | *Veuillez sélectionner une valeur*  1 – Action à l’initiative des parents  2 – Parents animateurs ou co-animateurs  3 – Parents dans l’organisation et la conception de l’action  5 – Autres |
| Est-il prévu une participation financière du public bénéficiaire de l’action ? \*  *Si vous répondez Oui, Précisez*  Le type de participation \*  Le montant de la participation \* | Oui Non    Adhésion annuelle  Tarif modulé  Tarif unique  *Veuillez saisir une valeur* |
| Moyens mis en place pour lever les freins à la participation des parents \*  *Si vous répondez 3-Autres,* Précisez | *Veuillez sélectionner une valeur*  1 – Covoiturage  2 – Garde d’enfants  3 –Autres  *Saisir les informations* |

## Localisation de l’action 1

|  |  |
| --- | --- |
| Cette action a une vocation \* | *Veuillez sélectionner une valeur*  Communale  Départementale  Intercommunale |

Localisation du REAAP pour la diffusion dans monenfant.fr

*Si vous répondez Communale*

Saisir l’adresse du lieu où se déroule l’action

*Si vous répondez Départementale ou Intercommunale*

Saisir le nom et le code postal de la ou les communes où se déroule l’action

## Calendrier de mise en œuvre de l’action 1

|  |  |
| --- | --- |
| Date prévisionnelle de début de l’action \* | *jour/mois/année* |
| Date prévisionnelle de fin de l’action \* | *jour/mois/année* |
| Nombre de séances envisagées dans l’année \* | *Saisir un chiffre* |
|  |  |
| Périodicité | *Veuillez sélectionner une valeur*  Hebdomadaire  Mensuelle  Ponctuelle  Trimestrielle |

## Evaluation de l’action 1

|  |  |
| --- | --- |
| Avec quels indicateurs jugerez-vous de l’atteinte des objectifs ? \* | *Saisir les informations*  *Saisir les informations* |
| Avec quels outils d’évaluation ? \* |  |

L’ensemble des 6 champs relatifs à l’action 1 sont renouvelées pour les actions 2 à 5

## Liste des intervenants sur les actions

Pour chaque intervenant, vous devrez remplir les informations suivantes

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom \* | *Saisir les informations* |
| Qualification \* | *Saisir les informations* |
| Statut \* | *Veuillez* *sélectionner une valeur*  Bénévole  Parent  Personnel mis à disposition  Prestataire  Salarié(e) de la structure |
| Nb d’heures d’intervention pour la totalité de l’action \* | *Unité : heure(s) / semaine* |
| Numéro de Téléphone (si prestataire) | *0X XX XX XX XX* |
| Email (si prestataire) | [*nom@domaine.com*](mailto:nom@domaine.com) |
| Cout estimé de l’intervention (si prestataire) | *Saisir un chiffre* |

## Comptabilité par action (obligatoire)

***Merci de renseigner impérativement votre comptabilité par action pour chaque action et pour chaque année de la pluriannualité.***

***Attention, la somme des montants de subvention doit correspondre au montant de subvention CAF renseigné dans le plan de financement au titre du projet REAAP***

|  |  |
| --- | --- |
| Coût de l’action \* | *Saisir un chiffre* |
| Subvention CAF sollicitée pour l’action \* | *Saisir un chiffre* |
| Subvention Autres partenaires sollicités pour l’action \* | *Saisir un chiffre* |

## Description de l’action 2

|  |  |
| --- | --- |
| Intitulé de l’action \* | *Saisir les informations* |
| Cette action est-elle nouvelle ? \*  *Si vous répondez “non”,* Précisez \* | Oui Non  *Veuillez saisir une valeur :*  Evolution et poursuite avec aménagement  Reconduction  Report de l’action de l’année n-1 |
| Thématique de l’action \*  *Si vous répondez Autre,* Précisez | *Veuillez saisir une valeur :*  Arrivée d’un enfant  Handicap  Numérique  Relation Enfant / Parent  Répit Parental  Santé  Lien école / famille  Séparation / Deuil  Autre  *Saisir les informations* |
| Nature de l’action \*  *Si vous répondez Autre,* Précisez | *Veuillez saisir une valeur :*  Groupes Naissance  Activités et ateliers partagés parents enfants  Conférences et cycles de conférence débat, ciné-débat  Groupe d’échange et entraide entre parents  Groupe de réflexion, recherche-actions, formation  Manifestation de type journée, semaine de la parentalité  Aide au démarrage Pdn Parentalité  Autre  *Saisir les informations* |
| Objectif opérationnel de l’action \*  Description de l’action \* | *Précisez vos objectifs opérationnels*  *Décrivez la mise en œuvre concrète de votre action* |
| Parents concernés \* | *Veuillez saisir une valeur*  1 - Tous les parents  2 - Couple  3 – Futur parents  4 – Mères uniquement  5 – Pères uniquement  6 – Familles monoparentales |
| L’action concerne des parents d’enfants âgés de \* | *Veuillez sélectionner une valeur*  1- Enfants 0-2 ans  2 – Enfants 3-5 ans  3 – Enfants 6-11 ans  4 – Enfants 0 à 18 ans  5 – Adolescents  Enfants 12-18 ans |
|  |  |
| Des partenaires sont-ils associés à l’action \*  *Si oui,* *vous pouvez saisir jusqu’à 4 partenaires*  Nom du partenaire \*  Nature du partenariat  *Si vous répondez 99-Autre,* Précisez | Oui Non  *Saisir les informations*  *Veuillez sélectionner une valeur*  1 – Associé à l’élaboration et l’évaluation de l’action  2 – Co-intervenant ou intervenant ponctuel dans l’action  3 – Relais d’information vers l’action  4 –Structure vers qui orienter les familles  99 –Autre  *Saisir les informations* |

## Accessibilité des parents à l’action 2

|  |  |
| --- | --- |
| Modalités de participation des parents à l’action\* | *Veuillez sélectionner une valeur*  1 – Action à l’initiative des parents  2 – Parents animateurs ou co-animateurs  3 – Parents dans l’organisation et la conception de l’action  5 – Autres |
| Est-il prévu une participation financière du public bénéficiaire de l’action ? \*  *Si vous répondez Oui, Précisez*  Le type de participation \*  Le montant de la participation \* | Oui Non  Adhésion annuelle  Tarif modulé  Tarif unique  *Veuillez saisir une valeur* |
| Moyens mis en place pour lever les freins à la participation des parents \*  *Si vous répondez 3-Autres,* Précisez | *Veuillez sélectionner une valeur*  1 – Covoiturage  2 – Garde d’enfants  3 –Autres  *Saisir les informations* |

## Localisation de l’action 2

|  |  |
| --- | --- |
| Cette action a une vocation \* | *Veuillez sélectionner une valeur*  Communale  Départementale  Intercommunale |

Localisation du REAAP pour la diffusion dans monenfant.fr

*Si vous répondez Communale*

Saisir l’adresse du lieu où se déroule l’action

*Si vous répondez Départementale ou Intercommunale*

Saisir le nom et le code postal de la ou les communes où se déroule l’action

## Calendrier de mise en œuvre de l’action 2

|  |  |
| --- | --- |
| Date prévisionnelle de début de l’action \* | *jour/mois/année* |
| Date prévisionnelle de fin de l’action \* | *jour/mois/année* |
| Nombre de séances envisagées dans l’année \* | *Saisir un chiffre* |
|  |  |
| Périodicité | *Veuillez sélectionner une valeur*  Hebdomadaire  Mensuelle  Ponctuelle  Trimestrielle |

## Evaluation de l’action 2

|  |  |
| --- | --- |
| Avec quels indicateurs jugerez-vous de l’atteinte des objectifs ? \* | *Saisir les informations*  *Saisir les informations* |
| Avec quels outils d’évaluation ? \* |  |

## Liste des intervenants sur les actions

Pour chaque intervenant, vous devrez remplir les informations suivantes

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom \* | *Saisir les informations* |
| Qualification \* | *Saisir les informations* |
| Statut \* | *Veuillez* *sélectionner une valeur*  Bénévole  Parent  Personnel mis à disposition  Prestataire  Salarié(e) de la structure |
| Nb d’heures d’intervention pour la totalité de l’action \* | *Unité : heure(s) / semaine* |
| Numéro de Téléphone (si prestataire) | *0X XX XX XX XX* |
| Email (si prestataire) | [*nom@domaine.com*](mailto:nom@domaine.com) |
| Cout estimé de l’intervention (si prestataire) | *Saisir un chiffre* |

## Comptabilité par action (obligatoire)

***Merci de renseigner impérativement votre comptabilité par action pour chaque action et pour chaque année de la pluriannualité.***

***Attention, la somme des montants de subvention doit correspondre au montant de subvention CAF renseigné dans le plan de financement au titre du projet REAAP***

|  |  |
| --- | --- |
| Coût de l’action \* | *Saisir un chiffre* |
| Subvention CAF sollicitée pour l’action \* | *Saisir un chiffre* |
| Subvention Autres partenaires sollicités pour l’action \* | *Saisir un chiffre* |

## Description de l’action 3

|  |  |
| --- | --- |
| Intitulé de l’action \* | *Saisir les informations* |
| Cette action est-elle nouvelle ? \*  *Si vous répondez “non”,* Précisez \* | Oui Non  *Veuillez saisir une valeur :*  Evolution et poursuite avec aménagement  Reconduction  Report de l’action de l’année n-1 |
| Thématique de l’action \*  *Si vous répondez Autre,* Précisez | *Veuillez saisir une valeur :*  Arrivée d’un enfant  Handicap  Numérique  Relation Enfant / Parent  Répit Parental  Santé  Lien école / famille  Séparation / Deuil  Autre  *Saisir les informations* |
| Nature de l’action \*  *Si vous répondez Autre,* Précisez | *Veuillez saisir une valeur :*  Groupes Naissance  Activités et ateliers partagés parents enfants  Conférences et cycles de conférence débat, ciné-débat  Groupe d’échange et entraide entre parents  Groupe de réflexion, recherche-actions, formation  Manifestation de type journée, semaine de la parentalité  Aide au démarrage Pdn Parentalité  Autre  *Saisir les informations* |
| Objectif opérationnel de l’action \*  Description de l’action \* | *Précisez vos objectifs opérationnels*  *Décrivez la mise en œuvre concrète de votre action* |
| Parents concernés \* | *Veuillez saisir une valeur*  1 - Tous les parents  2 - Couple  3 – Futur parents  4 – Mères uniquement  5 – Pères uniquement  6 – Familles monoparentales |
| L’action concerne des parents d’enfants âgés de \* | *Veuillez sélectionner une valeur*  1- Enfants 0-2 ans  2 – Enfants 3-5 ans  3 – Enfants 6-11 ans  4 – Enfants 0 à 18 ans  5 – Adolescents  Enfants 12-18 ans |
|  |  |
| Des partenaires sont-ils associés à l’action \*  *Si oui,* *vous pouvez saisir jusqu’à 4 partenaires*  Nom du partenaire \*  Nature du partenariat  *Si vous répondez 99-Autre,* Précisez | Oui Non  *Saisir les informations*  *Veuillez sélectionner une valeur*  1 – Associé à l’élaboration et l’évaluation de l’action  2 – Co-intervenant ou intervenant ponctuel dans l’action  3 – Relais d’information vers l’action  4 –Structure vers qui orienter les familles  99 –Autre  *Saisir les informations* |

## Accessibilité des parents à l’action 3

|  |  |
| --- | --- |
| Modalités de participation des parents à l’action\* | *Veuillez sélectionner une valeur*  1 – Action à l’initiative des parents  2 – Parents animateurs ou co-animateurs  3 – Parents dans l’organisation et la conception de l’action  5 – Autres |
| Est-il prévu une participation financière du public bénéficiaire de l’action ? \*  *Si vous répondez Oui, Précisez*  Le type de participation \*  Le montant de la participation \* | Oui Non    Adhésion annuelle  Tarif modulé  Tarif unique  *Veuillez saisir une valeur* |
| Moyens mis en place pour lever les freins à la participation des parents \*  *Si vous répondez 3-Autres,* Précisez | *Veuillez sélectionner une valeur*  1 – Covoiturage  2 – Garde d’enfants  3 –Autres  *Saisir les informations* |

## Localisation de l’action 3

|  |  |
| --- | --- |
| Cette action a une vocation \* | *Veuillez sélectionner une valeur*  Communale  Départementale  Intercommunale |

Localisation du REAAP pour la diffusion dans monenfant.fr

*Si vous répondez Communale*

Saisir l’adresse du lieu où se déroule l’action

*Si vous répondez Départementale ou Intercommunale*

Saisir le nom et le code postal de la ou les communes où se déroule l’action

## Calendrier de mise en œuvre de l’action 3

|  |  |
| --- | --- |
| Date prévisionnelle de début de l’action \* | *jour/mois/année* |
| Date prévisionnelle de fin de l’action \* | *jour/mois/année* |
| Nombre de séances envisagées dans l’année \* | *Saisir un chiffre* |
|  |  |
| Périodicité | *Veuillez sélectionner une valeur*  Hebdomadaire  Mensuelle  Ponctuelle  Trimestrielle |

## Evaluation de l’action 3

|  |  |
| --- | --- |
| Avec quels indicateurs jugerez-vous de l’atteinte des objectifs ? \* | *Saisir les informations*  *Saisir les informations* |
| Avec quels outils d’évaluation ? \* |  |

## Liste des intervenants sur les actions

Pour chaque intervenant, vous devrez remplir les informations suivantes

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom \* | *Saisir les informations* |
| Qualification \* | *Saisir les informations* |
| Statut \* | *Veuillez* *sélectionner une valeur*  Bénévole  Parent  Personnel mis à disposition  Prestataire  Salarié(e) de la structure |
| Nb d’heures d’intervention pour la totalité de l’action \* | *Unité : heure(s) / semaine* |
| Numéro de Téléphone (si prestataire) | *0X XX XX XX XX* |
| Email (si prestataire) | [*nom@domaine.com*](mailto:nom@domaine.com) |
| Cout estimé de l’intervention (si prestataire) | *Saisir un chiffre* |

## Comptabilité par action (obligatoire)

***Merci de renseigner impérativement votre comptabilité par action pour chaque action et pour chaque année de la pluriannualité.***

***Attention, la somme des montants de subvention doit correspondre au montant de subvention CAF renseigné dans le plan de financement au titre du projet REAAP***

|  |  |
| --- | --- |
| Coût de l’action \* | *Saisir un chiffre* |
| Subvention CAF sollicitée pour l’action \* | *Saisir un chiffre* |
| Subvention Autres partenaires sollicités pour l’action \* | *Saisir un chiffre* |

## Description de l’action 4

|  |  |
| --- | --- |
| Intitulé de l’action \* | *Saisir les informations* |
| Cette action est-elle nouvelle ? \*  *Si vous répondez “non”,* Précisez \* | Oui Non  *Veuillez saisir une valeur :*  Evolution et poursuite avec aménagement  Reconduction  Report de l’action de l’année n-1 |
| Thématique de l’action \*  *Si vous répondez Autre,* Précisez | *Veuillez saisir une valeur :*  Arrivée d’un enfant  Handicap  Numérique  Relation Enfant / Parent  Répit Parental  Santé  Lien école / famille  Séparation / Deuil  Autre  *Saisir les informations* |
| Nature de l’action \*  *Si vous répondez Autre,* Précisez | *Veuillez saisir une valeur :*  Groupes Naissance  Activités et ateliers partagés parents enfants  Conférences et cycles de conférence débat, ciné-débat  Groupe d’échange et entraide entre parents  Groupe de réflexion, recherche-actions, formation  Manifestation de type journée, semaine de la parentalité  Aide au démarrage Pdn Parentalité  Autre  *Saisir les informations* |
| Objectif opérationnel de l’action \*  Description de l’action \* | *Précisez vos objectifs opérationnels*  *Décrivez la mise en œuvre concrète de votre action* |
| Parents concernés \* | *Veuillez saisir une valeur*  1 - Tous les parents  2 - Couple  3 – Futur parents  4 – Mères uniquement  5 – Pères uniquement  6 – Familles monoparentales |
| L’action concerne des parents d’enfants âgés de \* | *Veuillez sélectionner une valeur*  1- Enfants 0-2 ans  2 – Enfants 3-5 ans  3 – Enfants 6-11 ans  4 – Enfants 0 à 18 ans  5 – Adolescents  Enfants 12-18 ans |
|  |  |
| Des partenaires sont-ils associés à l’action \*  *Si oui,* *vous pouvez saisir jusqu’à 4 partenaires*  Nom du partenaire \*  Nature du partenariat  *Si vous répondez 99-Autre,* Précisez | Oui Non  *Saisir les informations*  *Veuillez sélectionner une valeur*  1 – Associé à l’élaboration et l’évaluation de l’action  2 – Co-intervenant ou intervenant ponctuel dans l’action  3 – Relais d’information vers l’action  4 –Structure vers qui orienter les familles  99 –Autre  *Saisir les informations* |

## Accessibilité des parents à l’action 4

|  |  |
| --- | --- |
| Modalités de participation des parents à l’action\* | *Veuillez sélectionner une valeur*  1 – Action à l’initiative des parents  2 – Parents animateurs ou co-animateurs  3 – Parents dans l’organisation et la conception de l’action  5 – Autres |
| Est-il prévu une participation financière du public bénéficiaire de l’action ? \*  *Si vous répondez Oui, Précisez*  Le type de participation \*  Le montant de la participation \* | Oui Non    Adhésion annuelle  Tarif modulé  Tarif unique  *Veuillez saisir une valeur* |
| Moyens mis en place pour lever les freins à la participation des parents \*  *Si vous répondez 3-Autres,* Précisez | *Veuillez sélectionner une valeur*  1 – Covoiturage  2 – Garde d’enfants  3 –Autres  *Saisir les informations* |

## Localisation de l’action 4

|  |  |
| --- | --- |
| Cette action a une vocation \* | *Veuillez sélectionner une valeur*  Communale  Départementale  Intercommunale |

Localisation du REAAP pour la diffusion dans monenfant.fr

*Si vous répondez Communale*

Saisir l’adresse du lieu où se déroule l’action

*Si vous répondez Départementale ou Intercommunale*

Saisir le nom et le code postal de la ou les communes où se déroule l’action

## Calendrier de mise en œuvre de l’action 4

|  |  |
| --- | --- |
| Date prévisionnelle de début de l’action \* | *jour/mois/année* |
| Date prévisionnelle de fin de l’action \* | *jour/mois/année* |
| Nombre de séances envisagées dans l’année \* | *Saisir un chiffre* |
|  |  |
| Périodicité | *Veuillez sélectionner une valeur*  Hebdomadaire  Mensuelle  Ponctuelle  Trimestrielle |

## Evaluation de l’action 4

|  |  |
| --- | --- |
| Avec quels indicateurs jugerez-vous de l’atteinte des objectifs ? \* | *Saisir les informations*  *Saisir les informations* |
| Avec quels outils d’évaluation ? \* |  |

## Liste des intervenants sur les actions

Pour chaque intervenant, vous devrez remplir les informations suivantes

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom \* | *Saisir les informations* |
| Qualification \* | *Saisir les informations* |
| Statut \* | *Veuillez* *sélectionner une valeur*  Bénévole  Parent  Personnel mis à disposition  Prestataire  Salarié(e) de la structure |
| Nb d’heures d’intervention pour la totalité de l’action \* | *Unité : heure(s) / semaine* |
| Numéro de Téléphone (si prestataire) | *0X XX XX XX XX* |
| Email (si prestataire) | [*nom@domaine.com*](mailto:nom@domaine.com) |
| Cout estimé de l’intervention (si prestataire) | *Saisir un chiffre* |

## Comptabilité par action (obligatoire)

***Merci de renseigner impérativement votre comptabilité par action pour chaque action et pour chaque année de la pluriannualité.***

***Attention, la somme des montants de subvention doit correspondre au montant de subvention CAF renseigné dans le plan de financement au titre du projet REAAP***

|  |  |
| --- | --- |
| Coût de l’action \* | *Saisir un chiffre* |
| Subvention CAF sollicitée pour l’action \* | *Saisir un chiffre* |
| Subvention Autres partenaires sollicités pour l’action \* | *Saisir un chiffre* |

## Description de l’action 5

|  |  |
| --- | --- |
| Intitulé de l’action \* | *Saisir les informations* |
| Cette action est-elle nouvelle ? \*  *Si vous répondez “non”,* Précisez \* | Oui Non  *Veuillez saisir une valeur :*  Evolution et poursuite avec aménagement  Reconduction  Report de l’action de l’année n-1 |
| Thématique de l’action \*  *Si vous répondez Autre,* Précisez | *Veuillez saisir une valeur :*  Arrivée d’un enfant  Handicap  Numérique  Relation Enfant / Parent  Répit Parental  Santé  Lien école / famille  Séparation / Deuil  Autre  *Saisir les informations* |
| Nature de l’action \*  *Si vous répondez Autre,* Précisez | *Veuillez saisir une valeur :*  Groupes Naissance  Activités et ateliers partagés parents enfants  Conférences et cycles de conférence débat, ciné-débat  Groupe d’échange et entraide entre parents  Groupe de réflexion, recherche-actions, formation  Manifestation de type journée, semaine de la parentalité  Aide au démarrage Pdn Parentalité  Autre  *Saisir les informations* |
| Objectif opérationnel de l’action \*  Description de l’action \* | *Précisez vos objectifs opérationnels*  *Décrivez la mise en œuvre concrète de votre action* |
| Parents concernés \* | *Veuillez saisir une valeur*  1 - Tous les parents  2 - Couple  3 – Futur parents  4 – Mères uniquement  5 – Pères uniquement  6 – Familles monoparentales |
| L’action concerne des parents d’enfants âgés de \* | *Veuillez sélectionner une valeur*  1- Enfants 0-2 ans  2 – Enfants 3-5 ans  3 – Enfants 6-11 ans  4 – Enfants 0 à 18 ans  5 – Adolescents  Enfants 12-18 ans |
|  |  |
| Des partenaires sont-ils associés à l’action \*  *Si oui,* *vous pouvez saisir jusqu’à 4 partenaires*  Nom du partenaire \*  Nature du partenariat  *Si vous répondez 99-Autre,* Précisez | Oui Non  *Saisir les informations*  *Veuillez sélectionner une valeur*  1 – Associé à l’élaboration et l’évaluation de l’action  2 – Co-intervenant ou intervenant ponctuel dans l’action  3 – Relais d’information vers l’action  4 –Structure vers qui orienter les familles  99 –Autre  *Saisir les informations* |

## Accessibilité des parents à l’action 5

|  |  |
| --- | --- |
| Modalités de participation des parents à l’action\* | *Veuillez sélectionner une valeur*  1 – Action à l’initiative des parents  2 – Parents animateurs ou co-animateurs  3 – Parents dans l’organisation et la conception de l’action  5 – Autres |
| Est-il prévu une participation financière du public bénéficiaire de l’action ? \*  *Si vous répondez Oui, Précisez*  Le type de participation \*  Le montant de la participation \* | Oui Non    Adhésion annuelle  Tarif modulé  Tarif unique  *Veuillez saisir une valeur* |
| Moyens mis en place pour lever les freins à la participation des parents \*  *Si vous répondez 3-Autres,* Précisez | *Veuillez sélectionner une valeur*  1 – Covoiturage  2 – Garde d’enfants  3 –Autres  *Saisir les informations* |

## Localisation de l’action 5

|  |  |
| --- | --- |
| Cette action a une vocation \* | *Veuillez sélectionner une valeur*  Communale  Départementale  Intercommunale |

Localisation du REAAP pour la diffusion dans monenfant.fr

*Si vous répondez Communale*

Saisir l’adresse du lieu où se déroule l’action

*Si vous répondez Départementale ou Intercommunale*

Saisir le nom et le code postal de la ou les communes où se déroule l’action

## Calendrier de mise en œuvre de l’action 5

|  |  |
| --- | --- |
| Date prévisionnelle de début de l’action \* | *jour/mois/année* |
| Date prévisionnelle de fin de l’action \* | *jour/mois/année* |
| Nombre de séances envisagées dans l’année \* | *Saisir un chiffre* |
|  |  |
| Périodicité | *Veuillez sélectionner une valeur*  Hebdomadaire  Mensuelle  Ponctuelle  Trimestrielle |

## Evaluation de l’action 5

|  |  |
| --- | --- |
| Avec quels indicateurs jugerez-vous de l’atteinte des objectifs ? \* | *Saisir les informations*  *Saisir les informations* |
| Avec quels outils d’évaluation ? \* |  |

## Liste des intervenants sur les actions

Pour chaque intervenant, vous devrez remplir les informations suivantes

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom \* | *Saisir les informations* |
| Qualification \* | *Saisir les informations* |
| Statut \* | *Veuillez* *sélectionner une valeur*  Bénévole  Parent  Personnel mis à disposition  Prestataire  Salarié(e) de la structure |
| Nb d’heures d’intervention pour la totalité de l’action \* | *Unité : heure(s) / semaine* |
| Numéro de Téléphone (si prestataire) | *0X XX XX XX XX* |
| Email (si prestataire) | [*nom@domaine.com*](mailto:nom@domaine.com) |
| Cout estimé de l’intervention (si prestataire) | *Saisir un chiffre* |

## Comptabilité par action (obligatoire)

***Merci de renseigner impérativement votre comptabilité par action pour chaque action et pour chaque année de la pluriannualité.***

***Attention, la somme des montants de subvention doit correspondre au montant de subvention CAF renseigné dans le plan de financement au titre du projet REAAP***

|  |  |
| --- | --- |
| Coût de l’action \* | *Saisir un chiffre* |
| Subvention CAF sollicitée pour l’action \* | *Saisir un chiffre* |
| Subvention Autres partenaires sollicités pour l’action \* | *Saisir un chiffre* |

## Budget prévisionnel du projet

Points d'attention lors de la saisie du plan de financement :

* Saisir obligatoirement l'exercice lié à l'appel à projet local de votre CAF
* La somme de la subvention REAAP Caf + autre financement Caf doit être inférieure ou égale   
  à 80 % du coût global du projet
* Les contributions des comptes 86 et 87 doivent être identiques

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.

|  |  |
| --- | --- |
| Période \* | *La saisie d’une période est obligatoire*  Annuelle et ponctuelle  Pluriannuel |
| Millésime \* | 2025 |

Alerte : Si vous saisissez une période annuelle et ponctuelle, merci de cocher obligatoirement le millésime 2025 pour une demande Reaap 2025

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Charges** | Cout prévu | **Produits** | Financement prévu |
| **60 - ACHATS** | **X,XX € TTC** | **70 – VENTE DE PRODUITS FINIS, DE MARCHANDISES, PRESTATIONS DE SERVICES** | **X,XX €** |
| Prestations de services | *Saisir un chiffre* | Autres financements CAF | *Saisir un chiffre* |
| Achat matières et fournitures | *Saisir un chiffre* | Autres financement | *Saisir un chiffre* |
| Autres fournitures | *Saisir un chiffre* | **74 – SUBVENTIONS D’EXPLOITATION** |  |
| **61 – SERVICES EXTERIEURS** | **X,XX € TTC** | Etat : préciser le(s) ministère(s) (CGET,…) | X,XX € |
| Locations | *Saisir un chiffre* | Subvention REAAP CAF | X,XX € |
| Entretien et réparation | *Saisir un chiffre* | CAF-XX-département \* | *Saisir un chiffre* |
| Assurance | *Saisir un chiffre* | Conseil départemental | X,XX € |
| Documentation | *Saisir un chiffre* | MSA | X,XX € |
| **62 – AUTRES SERVICES EXTERIEURS** | **X,XX € TTC** | Autres organismes d’état | *Saisir un chiffre* |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires | *Saisir un chiffre* | Région(s) | *Saisir un chiffre* |
| Publicité, publications | *Saisir un chiffre* | Intercommunalités : EPCI | *Saisir un chiffre* |
| Déplacements, missions | *Saisir un chiffre* | Commune(s) | *Saisir un chiffre* |
| Services bancaires, autres | *Saisir un chiffre* | Fonds européens | *Saisir un chiffre* |
| **63 – IMPOTS ET TAXES** | **X,XX € TTC** | Autres établissements publics | *Saisir un chiffre* |
| Impôts et taxes sur rémunération | *Saisir un chiffre* | Aides privées | *Saisir un chiffre* |
| Autres impôts et taxes | *Saisir un chiffre* | Autres subventions | *Saisir un chiffre* |
| **64 – CHARGES DE PERSONNEL** | **X,XX € TTC** | **75 – AUTRES PRODUITS DE GESTION COURANTE** | **X,XX €** |
| Rémunération des personnels | *Saisir un chiffre* | Dont cotisations, dons manuels ou legs | *Saisir un chiffre* |
| Charges sociales | *Saisir un chiffre* | **76 – Produits financiers** | **X,XX €** |
| Autres charges de personnel | *Saisir un chiffre* | Produits financiers | *Saisir un chiffre* |
| **65 – AUTRES CHARGES DE GESTION COURANTE** | **X,XX € TTC** | **78 – REPRISE SUR AMORTISSEMENT ET PROVISIONS** | **X,XX €** |
| Autres charges de gestion courante | *Saisir un chiffre* | Reprise sur amortissements et dotations | *Saisir un chiffre* |
| **66 – CHARGES FINANCIERES** | **X,XX € TTC** | **87 – CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES EN NATURE** | **X,XX €** |
| Charges financières | *Saisir un chiffre* | Dons en nature | *Saisir un chiffre* |
| **67 – CHARGES EXCEPTIONNELLES** | **X,XX € TTC** | Prestations en nature | *Saisir un chiffre* |
| Charges exceptionnelles | *Saisir un chiffre* | Personnel bénévole | *Saisir un chiffre* |
| **68 – DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTSS** | **X,XX € TTC** |  |  |
| Dotations aux amortissements | *Saisir un chiffre* |  |  |
| **CHARGES INDIRECTES** | **X,XX € TTC** |  |  |
| Charges fixes de fonctionnement | *Saisir un chiffre* |  |  |
| Frais financiers | *Saisir un chiffre* |  |  |
| Autres | *Saisir un chiffre* |  |  |
| **86 – CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES EN NATURE** | **X,XX € TTC** |  |  |
| Secours en nature | *Saisir un chiffre* |  |  |
| Mise à disposition gratuite de biens et de services | *Saisir un chiffre* |  |  |
| Personnel Bénévole | *Saisir un chiffre* |  |  |
| TOTAL CHARGES | **X,XX € TTC** | TOTAL CHARGES | **X,XX € TTC** |
| Compléments précisions charges | *Saisir informations* | Compléments précisions charges | *Saisir informations* |

**Le total n’est pas automatisé, vous devez le mentionner.**

L'attention du demandeur est appelée sur le fait que les indications sur les financements demandés auprès d'autres financeurs publics valent déclaration sur l'honneur et tiennent lieu de justificatifs. Aucun document complémentaire ne sera demandé si cette partie est complétée en indiquant les autres services et collectivités sollicitées.

Pour les contributions volontaires, le plan comptable des associations, issu du règlement CRC n°99-01, prévoit à minima une information (quantitative ou, à défaut, qualitative) dans l'annexe et une possibilité d'inscription en comptabilité mais en engagements "hors bilan" et "au pied" du compte de résultat.

**🚨CETTE DERNIERE PARTIE SERA A SAISIR SUR LA PLATEFORMPE ELAN,   
ELLE EST A TITRE D’INDICATION**

## Domiciliation bancaire

Vous pouvez :

* Sélectionner la domiciliation que vous souhaitez utiliser :

|  |  |
| --- | --- |
| Compte 1  SEPA  IBAN  BIC  Relevé d’identité bancaire  Date dépôt | Compte 2  SEPA  IBAN  BIC  Relevé d’identité bancaire  Date dépôt |

* Vous pouvez ajouter une nouvelle domiciliation bancaire en renseignant le formulaire ci-dessous :

|  |  |
| --- | --- |
| Domiciliation bancaire à l’étranger, hors SEPA | Oui  Non |
| Titulaire du compte | *Saisir les informations* |
| IBAN | *Saisir les informations* |
| BIC | *Saisir les informations* |
| Relevé d’identité bancaire | *Téléchargez le document* |

## Pièces justificatives

Vous pouvez seulement déposer des documents avec des extensions suivantes : pdf, doc, png, jpg, jpeg

Alerte : Seuls les documents indiqués par le symbole \* sont obligatoires.

|  |  |
| --- | --- |
| Certificat d’inscription au répertoire SIRENE/SIRET \* | *Cliquez sur* + Ajouter *pour déposer un nouveau document*  *Ou cliquez sur* Porte documents *pour sélectionner un document pré enregistré* |
| Récépissé de déclaration en préfecture \* | *Cliquez sur* + Ajouter *pour déposer un nouveau document*  *Ou cliquez sur* Porte documents *pour sélectionner un document pré enregistré* |
| Statuts datés et signés \* | *Cliquez sur* + Ajouter *pour déposer un nouveau document*  *Ou cliquez sur* Porte documents *pour sélectionner un document pré enregistré* |
| Liste datée du conseil d’administration et du bureau \* | *Cliquez sur* + Ajouter *pour déposer un nouveau document*  *Ou cliquez sur* Porte documents *pour sélectionner un document pré enregistré* |
| Compte de résultat et bilan (ou élément de bilan) de l’année N-1 | *Cliquez sur* + Ajouter *pour déposer un nouveau document*  *Ou cliquez sur* Porte documents *pour sélectionner un document pré enregistré*  *Si l’association ou l’entreprise existait en N-1* |
| Attestation de non-changement \* | *Cliquez sur* + Ajouter *pour déposer un nouveau document*  *Ou cliquez sur* Porte documents *pour sélectionner un document pré enregistré* |
| Autres pièces | *Cliquez sur* + Ajouter *pour déposer*  *toute autre pièce que vous jugerez utile de porte à notre connaissance* |

# Etape 5 – Récapitulatif

Le lien ci-après vous permet d'éditer un récapitulatif de votre demande. Il vous sera automatiquement envoyé par mail dès transmission de votre demande.

**Information** : Toute information ou pièce obligatoire manquante pour le dépôt figurera dans cette partie.

Récapitulatif des informations saisies

**Attestation de déclaration sur l’honneur :**

|  |  |
| --- | --- |
| Vous pouvez télécharger l’attestation de déclaration sur l’honneur ICI | *Remplissez le document ci-joint et ajoute le ici* |

Merci de désigner dans votre attestation les personnes qui assureront le rôle d'administrateur du compte et de compte signataire.

Si une personne est désignée signataire pour votre tiers, vous devez sélectionner le signataire et lui transmettre la demande. Le signataire devra ensuite se connecter à son compte pour accéder à la demande et attester sur l’honneur de l’exactitude des informations transmises et transmettre la demande.

Votre demande sera alors transmise et prise en charge pour instruction par nos services.

Transmettre

## Confirmation

Votre demande a bien été transmise.

*Merci de télécharger le récapitulatif de la demande en cliquant sur le bouton ci-dessous avant de cliquer sur Terminer.*

Récapitulatif de la demande

Vous pourrez la retrouver et suivre son avancement en vous reconnectant sur ce site.

Terminer