



# ACTION JEUNESSE

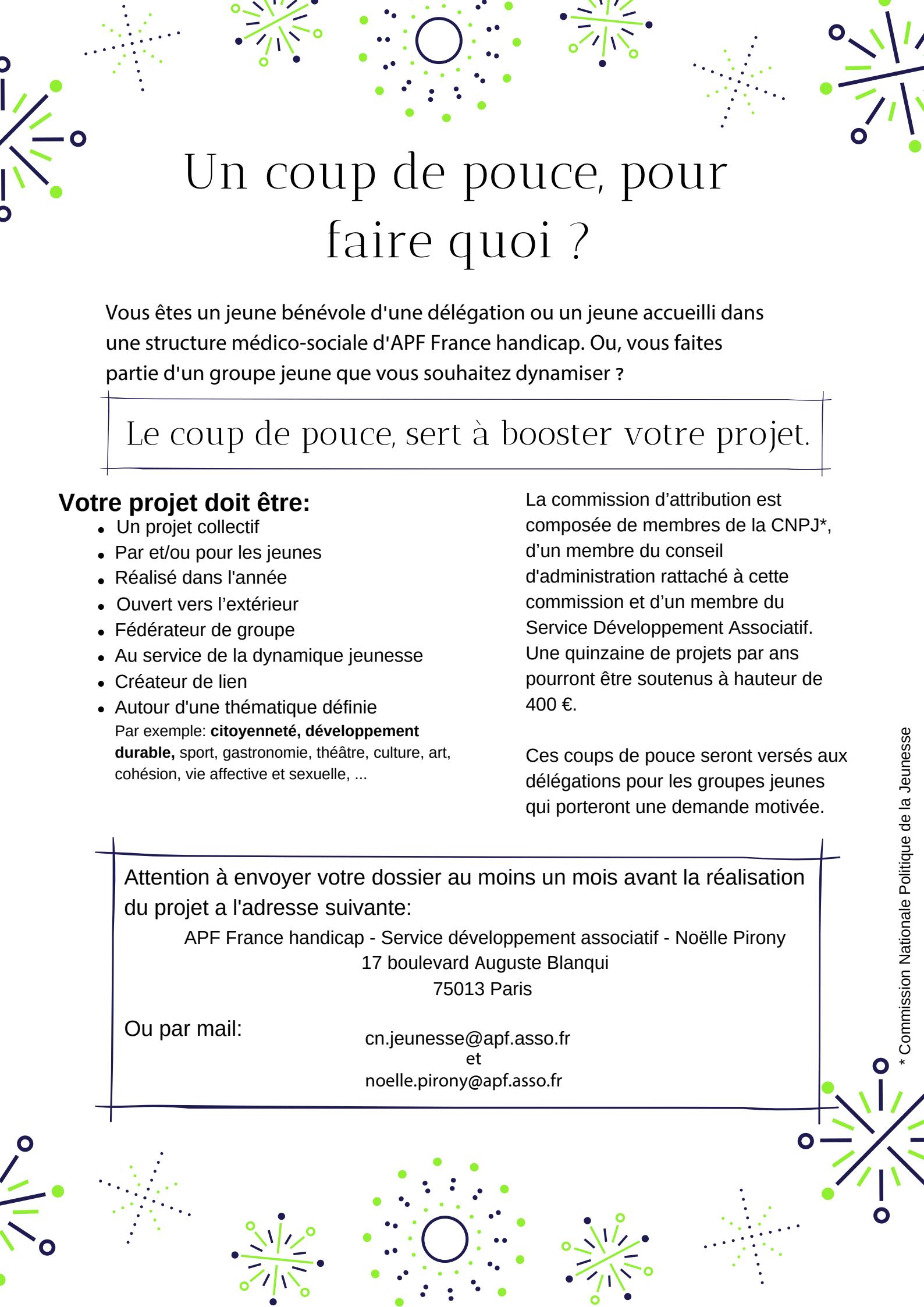
Appel à initiatives



Donnez de l'élan à vos idées!

 APF France handicap





# Un coup de pouce, pour faire quoi ?

Vous êtes un jeune bénévole d'une délégation ou un jeune accueilli dans une structure médico-sociale d'APF France handicap. Ou, vous faites partie d'un groupe jeune que vous souhaitez dynamiser ?

Le coup de pouce, sert à booster votre projet.

## Votre projet doit être:

- Un projet collectif
- Par et/ou pour les jeunes
- Réalisé dans l'année
- Ouvert vers l'extérieur
- Fédérateur de groupe
- Au service de la dynamique jeunesse
- Créateur de lien
- Autour d'une thématique définie

Par exemple: **citoyenneté, développement durable**, sport, gastronomie, théâtre, culture, art, cohésion, vie affective et sexuelle, ...

La commission d'attribution est composée de membres de la CNPJ\*, d'un membre du conseil d'administration rattaché à cette commission et d'un membre du Service Développement Associatif. Une quinzaine de projets par ans pourront être soutenus à hauteur de 400 €.

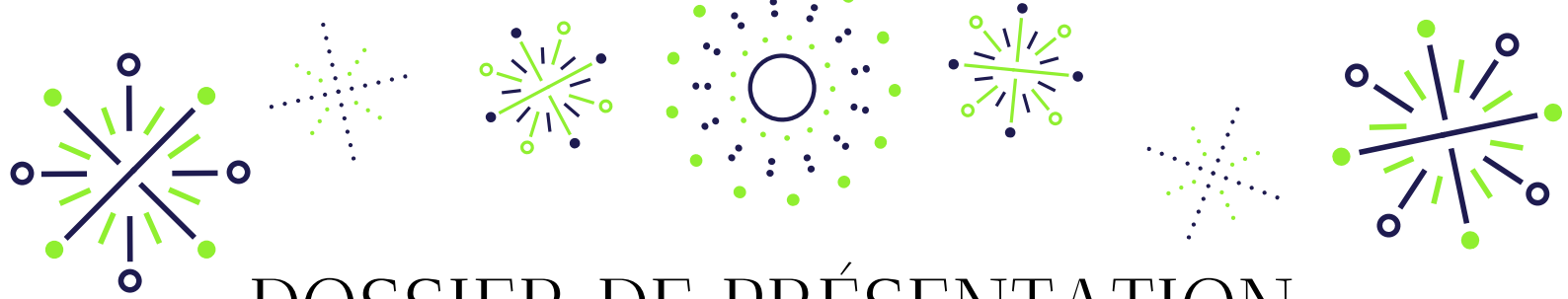
Ces coups de pouce seront versés aux délégations pour les groupes jeunes qui porteront une demande motivée.

Attention à envoyer votre dossier au moins un mois avant la réalisation du projet à l'adresse suivante:

APF France handicap - Service développement associatif - Noëlle Pirony  
17 boulevard Auguste Blanqui  
75013 Paris

Ou par mail:

cn.jeunesse@apf.asso.fr  
et  
noelle.pirony@apf.asso.fr



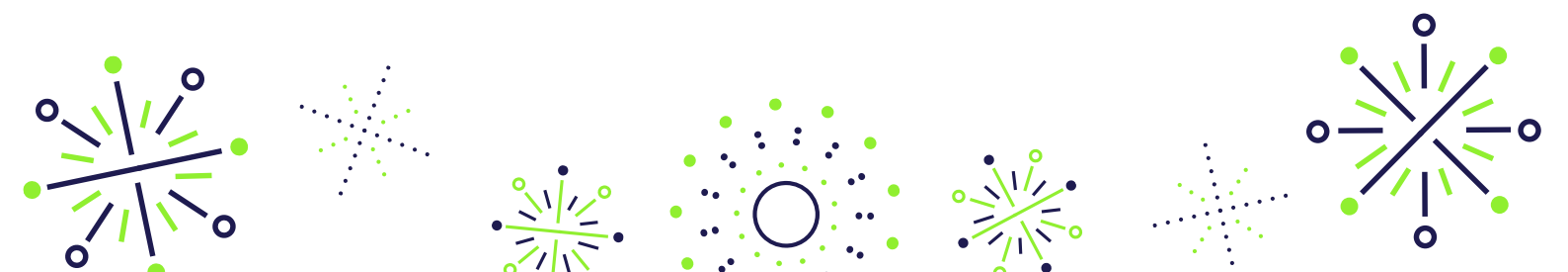
# DOSSIER DE PRÉSENTATION

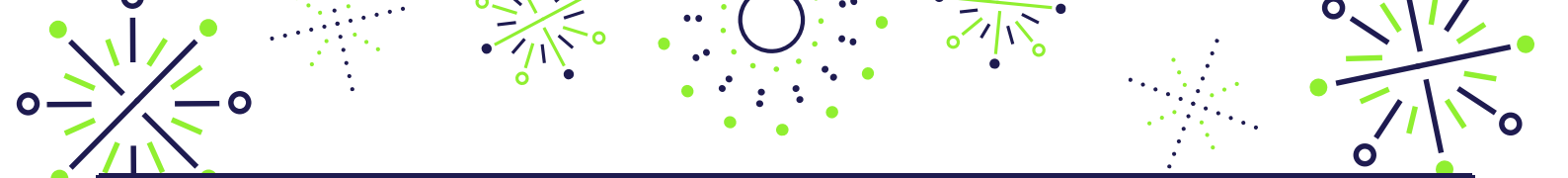
NOM DE LA STRUCTURE APF FRANCE HANDICAP :

---

## LE PROJET

Nom du projet	
Date de réalisation	
Thématique(s)	
Comment est né le projet ?	
Description du projet: - objectifs - actions - ... (20 lignes max)	





Donnez nous envie de soutenir VOTRE projet.

Quels sont les arguments qui feront la différence

Si existant, illustrez avec un site, un blog, un flyer, ...)

Pour quel public ?

## LE BUDGET

MONTANT DEMANDÉ

..... €

Dépenses / Charges	Montant	Recette / Produit	Montant
	..... €	Coup de pouce	..... €
	..... €		..... €
	..... €		..... €
	..... €		..... €
	..... €		..... €
	..... €	Participation structure APF France handicap (obligatoire)	..... €
TOTAL	..... €	TOTAL	..... €

## LE RESPONSABLE DE LA STRUCTURE

Fonction: .....

Nom/Prénom : .....

Téléphone : .....

Email : .....

Date et signature

## LE PORTEUR DU PROJET

Fonction: .....

Nom/Prénom : .....

Téléphone : .....

Email : .....

Date et signature

