|  |
| --- |
|  |
|  |

ACTION JEUNESSE

Appel à initiatives



 **Donnez de l’élan à vos idées !**



**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 2000 €. 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 BUGET Montant demandé : €**

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

**LE RESPONSABLE DE LA STRUCTURE LE PORTEUR DE PROJET**

Fonction : Fonction :

Nom/ Prénom : Nom/ Prénom :

Téléphone : Téléphone :

Email : Email :

Date et signature : Date et signature :