|  |
| --- |
| **NOM DE L’ORGANISME :**  |

|  |
| --- |
| **DETAILS DEMANDE DE SUBVENTION n°1** |

|  |
| --- |
| **Cette fiche est dédiée aux demandes de subvention relative au fonctionnement de crèche.** |

1. **CONTACT :**

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : Courriel :

1. **MONTANT DEMANDE :**
2. **ELEMENTS A COMPLETER OBLIGATOIREMENT**:

|  |  |
| --- | --- |
| NOM DE LA CRECHE : |  |
| Horaires d’ouverture : |  |
| Modulation d’ouverture (horaires) : |  |
| Périodes de fermeture : |  |
|  |  |
| Journée pédagogique | [ ]  OUI [ ]  NON |
| Si oui, précisez la date : |  |
|  |  |
| ETP réglementaire : |  |
| Nombre d’équivalent temps plein dans la structure : |  |
|  |  |
| Nombre de places (agrément) : |  |
| Dont nombre de places accueil occasionnel : |  |
| Nombre de places insertion professionnelle : |  |
| Création de places prévues (nombre) : |  |
| Si oui, précisez la date : |  |
|  |  |
| Action transition écologique | [ ]  OUI [ ]  NON |
| Si oui, lesquelles : |  |
|  |  |
| Alimentation biologique dans les repas, indiquez-le % : |  |
| Modalités de préparation des repas  | [ ]  Liaison froide [ ]  préparation des repas sur place |
| Si liaison froide, préciser le prestataire : |  |
|  |  |
| Partenariat (avec acteurs locaux) : |  |
|  |  |
| Espace extérieur | [ ]  OUI [ ]  NON |
| Si oui, nombre de m² |  |
|  |  |
| Date de validation du règlement de fonctionnement | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| Date de validation du projet d’établissement | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
| Si changement de Présidence, merci de préciser |  |
| Si oui, à partir de quelle date : |  |
|  |  |
| Projet à venir : |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **DETAILS DEMANDE DE SUBVENTION n°2** |

1. **CONTACT :**

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : Courriel :

1. **MONTANT DEMANDE :**
2. **ELEMENTS A COMPLETER OBLIGATOIREMENT**:

|  |  |
| --- | --- |
| NOM DE LA CRECHE : |  |
| Horaires d’ouverture : |  |
| Modulation d’ouverture (horaires) : |  |
| Périodes de fermeture : |  |
|  |  |
| Journée pédagogique | [ ]  OUI [ ]  NON |
| Si oui, précisez la date : |  |
|  |  |
| ETP réglementaire : |  |
| Nombre d’équivalent temps plein dans la structure : |  |
|  |  |
| Nombre de places (agrément) : |  |
| Dont nombre de places accueil occasionnel : |  |
| Nombre de places insertion professionnelle : |  |
| Création de places prévues (nombre) : |  |
| Si oui, précisez la date : |  |
|  |  |
| Action transition écologique | [ ]  OUI [ ]  NON |
| Si oui, lesquelles : |  |
|  |  |
| Alimentation biologique dans les repas, indiquez-le % : |  |
| Modalités de préparation des repas  | [ ]  Liaison froide [ ]  préparation des repas sur place |
| Si liaison froide, préciser le prestataire : |  |
|  |  |
| Partenariat (avec acteurs locaux) : |  |
|  |  |
| Espace extérieur | [ ]  OUI [ ]  NON |
| Si oui, nombre de m² |  |
|  |  |
| Date de validation du règlement de fonctionnement | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| Date de validation du projet d’établissement | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
| Si changement de Présidence, merci de préciser |  |
| Si oui, à partir de quelle date : |  |
|  |  |
| Projet à venir : |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **DETAILS DEMANDE DE SUBVENTION n°3** |

1. **CONTACT :**

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : Courriel :

1. **MONTANT DEMANDE :**
2. **ELEMENTS A COMPLETER OBLIGATOIREMENT**:

|  |  |
| --- | --- |
| NOM DE LA CRECHE : |  |
| Horaires d’ouverture : |  |
| Modulation d’ouverture (horaires) : |  |
| Périodes de fermeture : |  |
|  |  |
| Journée pédagogique | [ ]  OUI [ ]  NON |
| Si oui, précisez la date : |  |
|  |  |
| ETP réglementaire : |  |
| Nombre d’équivalent temps plein dans la structure : |  |
|  |  |
| Nombre de places (agrément) : |  |
| Dont nombre de places accueil occasionnel : |  |
| Nombre de places insertion professionnelle : |  |
| Création de places prévues (nombre) : |  |
| Si oui, précisez la date : |  |
|  |  |
| Action transition écologique | [ ]  OUI [ ]  NON |
| Si oui, lesquelles : |  |
|  |  |
| Alimentation biologique dans les repas, indiquez-le % : |  |
| Modalités de préparation des repas  | [ ]  Liaison froide [ ]  préparation des repas sur place |
| Si liaison froide, préciser le prestataire : |  |
|  |  |
| Partenariat (avec acteurs locaux) : |  |
|  |  |
| Espace extérieur | [ ]  OUI [ ]  NON |
| Si oui, nombre de m² |  |
|  |  |
| Date de validation du règlement de fonctionnement | \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| Date de validation du projet d’établissement | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
| Si changement de Présidence, merci de préciser |  |
| Si oui, à partir de quelle date : |  |
|  |  |
| Projet à venir : |  |