



Prestation de Service

Contrat Local d'Accompagnement à la Scolarité



Bilan intermédiaire 2009/ 2010

Numéro de dossier SIAS AFC :

Action :

Intitulé :

Porteur du projet :

Statut Juridique : Association Loi 1901 Collectivité locale Autres (*précisez*) :

Nom :

Adresse :

Tél. : Fax :

E-mail :

N° SIRET :

Personne à contacter pour toute demande de précision :

Nom :

Statut :

Tél. : Fax :

E-mail :

Jours de présence :

Dossier à retourner avant le 12 mai 2010 à :

La Caisse d'Allocations Familiales de la Manche
"Service Administratif Action Sociale"
63, Boulevard Amiral Gauchet
50306 AVRANCHES Cedex

ACTION N° .../ ...
(remplir une fiche par groupe)

1. LES LOCAUX

Adresse :

.....

Description des locaux :

.....

2. LES BÉNÉFICIAIRES

Etablissement(s) scolaire(s) de provenance des enfants :

-
-
-
-
-

Niveau(x) scolaire(s) du groupe :

Prénom et NOM des enfants :

- | | |
|---------|---------|
| - | - |
| - | - |
| - | - |
| - | - |
| - | - |
| - | - |
| - | - |
| - | - |

3. LES ACCOMPAGNATEURS

Prénom et NOM	Diplômes ou qualification <i>ex. : CAP, BEP</i>	Bénévole ou salarié
.....
.....
.....
.....
.....

4. LES SÉANCES

Date de démarrage des séances de l'action 2009/2010 :

Jours et horaires des séances :

Jours	Midi	Soir
Lundi	..... h à h .....	..... h à h
Mardi	..... h à h .....	..... h à h
Mercredi	..... h à h .....	..... h à h
Jeudi	..... h à h .....	..... h à h
Vendredi	..... h à h .....	..... h à h
Samedi	..... h à h .....	..... h à h

5. LE CONTENU DES SÉANCES

Aide aux devoirs :

.....
.....
.....

Aides méthodologiques :

.....
.....
.....

Activités culturelles / ludiques :

.....
.....
.....

A, le

Cachet de l'organisme gestionnaire
signature du Responsable :

Qualité du signataire :