

**DOSSIER DE CANDIDATURE « COUPS DE POUCE »**

**SMA5**

Février 2021

*Forum des Organisations de Solidarité Internationale issues des Migrations*

*FORIM – 14 Passage Dubail – 75010 Paris*

*Tél : 01 44 72 02 88*

*Email :* *forim@forim.net*

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS RELATIVE A L’ORGANISATION MEMBRE DU FORIM SOUMETTANT LA DEMANDE DE « COUP DE POUCE »**

|  |  |
| --- | --- |
| **ORGANISME [Nom] :** |  |
| **Sigle** |  |
| **Adresse** |  |
| **Email** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Site internet**  |  |

|  |
| --- |
| **Statut** [loi de 1901…] :……………………………………………………………………………………….. |
| **Lieu d’implantation du siège social** [si différent de l’adresse postale] :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **Date de création :** …………………………………………………………………………………………………**Références de déclaration à la préfecture :** n°:…………………….. date:……………………..dept :……**Date de publication au Journal Officiel :**………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **Objet de l’ORGANISME :** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L’ORGANISME COMPTE PARMI SES DOMAINES D’ACTIVITES : | **oui** | **non** |
| **1 - A l’international**  |  |  |
| développement local |  |  |
| renforcement des capacités |  |  |
| Transfert de compétences, de savoir faire et de technologies |  |  |
| AIDE ALIMENTAIRE/AIDE D’URgence |  |  |
| Autres [préciseR] |  |  |
| **2 – En France** |  |  |
| Sensibilisation / éducation au développement |  |  |
| médiation sociale  |  |  |
| aCCOMPAGENEMNT DANS LES DEMARCHES D’iNSERTION [formation, alphabétisation, etc.] |  |  |
| Formation  |  |  |
| PRevention et lutte contre les discriminations |  |  |
| Promotion de la culture |  |  |
| Autres [Précisez] |  |  |

**Composition de l’ORGANISME**

|  |  |
| --- | --- |
| PRESIDENT-E  | **Nom/prénom :****Coordonnées téléphoniques et Email :** |
| SECRETAIRE GENERAL- E | Nom/prénom : |
| TRESORIER - E | Nom/prénom :  |
| SALARIE -E-S | Noms/prénoms/fonctions : |
| CONSEIL D’ADMINISTRATION | Nombre : |

**Commissaire aux comptes** [dans le cadre de l’obligation legale uniquement]

|  |  |
| --- | --- |
| **L’ORGANISME FAIT-ELLE APPEL A UN COMMISSAIRE AUX COMPTES ?** | **[oui / non]** |
| Si oui, indiquez son nom : |  |
| Adresse : |  |
| Qualité : |  |

**Budgets réalisés**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANNEE** | **2018 [en €]** | **2019 [en €]** | **2020 [en €]** |
| Budget global de l’association  |  |  |  |
| Salaires [charges comprises] |  |  |  |
| Loyers [nets de charges] |  |  |  |
| Ressources privées |  |  |  |
| Ressources publiques  |  |  |  |

**MONTANT DU BUDGET PREVISIONNEL DE L’ORGANISATION POUR L’EXERCICE EN COURS** [Joindre le budget détaillé] :

**Adhérent-e[s]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANNEE** | **2018** | **2019** | **2020** |
| Nombre de sympathisant-e-s |  |  |  |
| Nombre de membres cotisants  |  |  |  |
| Montant des cotisations  |  |  |  |

**Effectifs**

|  |
| --- |
| **Effectifs en France** |
| Personnel salarié  |  |
| Personnel bénévole  |  |
| Autres [Stages, services civiques etc.]  |  |

**Publications de l’ORGANISME :**……………………………………………………………………………

**Appartenance à des collectifs, réseaux, plateformes :**……………………………………..

**L’ORGANISME a-t-IL déjà BENEFICIE D’UN COUP DE POUCE DE LA PART DU FORIM ? OUI NON**

**SI OUI, MERCI DE PRECISER LA DATE D’OCTROI ET L’ACTIVITE FINANCEE : …………………………………………………………………………………………**

**Nom, prénom et qualité du [de la] signataire :** ……………………………………………………...

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS RELATIVE A L’OSIM MEMBRE D’UN[E] FOSIM/COSIM PORTEUSE DU PROJET PARRAINE**

 **[A REMPLIR UNIQUEMENT DANS LE CAS D’UN PARRAINAGE]**

|  |  |
| --- | --- |
| **ASSOCIATION [Nom]** |  |
| **Sigle** |  |
| **Adresse** |  |
| **Email** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Site internet**  |  |

|  |
| --- |
| **Statut** [loi de 1901…] :……………………………………………………………………………………….. |
| **Lieu d’implantation du siège social** [si différent de l’adresse postale] :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **Date de création :** …………………………………………………………………………………………………**Références de déclaration à la préfecture :** n°:……………………..date:……………………..dept :……**Date de publication au Journal Officiel :**………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **Objet de l’association :** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L’ASSOCIATION COMPTE PARMI SES DOMAINES D’ACTIVITES : | **oui** | **non** |
| **1 - A l’international**  |  |  |
| développement local |  |  |
| renforcement des capacités |  |  |
| Transfert de compétences, de savoir faire et de technologies  |  |  |
| AIDE ALIMENTAIRE/AIDE D’URgence |  |  |
| Autres [préciseR] |  |  |
| **2 - En France** |  |  |
| Sensibilisation / éducation au développement |  |  |
| médiation sociale  |  |  |
| aCCOMPAGENEMNT DANS LES DEMARCHES D’iNSERTION [formation, alphabétisation, etc.] |  |  |
| Formation  |  |  |
| PRevention et lutte contre les discriminations |  |  |
| Promotion de la culture |  |  |
| Autres [PréciseR] |  |  |

**Composition de l’association**

|  |  |
| --- | --- |
| PRESIDENT-E  | **Nom/prénom :****Coordonnées téléphoniques et Email :** |
| SECRETAIRE GENERAL- E | Nom/prénom : |
| TRESORIER - E | Nom/prénom :  |
| SALARIE - E[S] | Noms/prénoms/fonctions : |
| CONSEIL D’ADMINISTRATION | Nombre : |

**Commissaire aux comptes** [dans le cadre de l’obligation legale uniquement]

|  |  |
| --- | --- |
| **L’ASSOCIATION FAIT-ELLE APPEL A UN COMMISSAIRE AUX COMPTES ?** | **[oui / non]** |
| Si oui, indiquez son nom : |  |
| Adresse : |  |
| Qualité : |  |

**Budgets réalisés**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANNEE** | **2018 [en €]** | **2019 [en €]** | **2020 [en €]** |
| Budget global de l’association  |  |  |  |
| Salaires [charges comprises] |  |  |  |
| Loyers [nets de charges] |  |  |  |
| Ressources privées |  |  |  |
| Ressources publiques  |  |  |  |

**MONTANT DU BUDGET PREVISIONNEL DE L’ORGANISATION POUR L’EXERCICE EN COURS** [Joindre le budget détaillé] :

**Adhérent-e[s]**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANNEE** | **2018** | **2019** | **2020** |
| Nombre de sympathisant-e[s] |  |  |  |
| Nombre de membres cotisants  |  |  |  |
| Montant des cotisations  |  |  |  |

**Effectifs**

|  |
| --- |
| **Effectifs en France** |
| Personnel salarié  |  |
| Personnel bénévole  |  |
| Autres [Stages, services civiques etc.]  |  |

**Publications de l’association :**……………………………………………………………………………

**Appartenance à des collectifs, réseaux, plateformes :**……………………………………..

**Nom, prénom et qualité du [de la] signataire :**……………………………………………………...

**FICHE RESUME DU PROJET**

**INTITULE DU PROJET :** ……………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **RESPONSABLE DE L’ACTIVITE OU DE SON SUIVI AU SEIN DE L’ORGANISATION MEMBRE DU FORIM [FOSIM/COSIM]** |
| Nom et prénom : |
| Fonction au sein de l’association :  |
| Adresse : |
| Téléphone : |
| Email : |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Liste des Organismes PARTENAIREs DE L’ACTIVITE ET NATURE DU PARTENARIAT**  |
| [Noms développés et sigles]- |

**OBJECTIFS DE L’ACTION [6 lignes max]**

1. **Objectif global de l’action**
2. **Objectifs spécifiques de l’action**

**DESCRIPTIF DE L’ACTION [10 lignes max]**

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

**NATURE ET NOMBRE DES BENEFICIAIRES [Préciser quels sont les bénéficiaires directs et quels sont les bénéficiaires indirects - 6 lignes max]**

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

**IMPACT ATTENDU SUR LES BENEFICIAIRES [6 lignes max]**

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

**IMPACT ATTENDU SUR LE TERRITOIRE [6 lignes max]**

…………………………………………………………………………………………………………………………

**DATE (début et fin) ET LIEU DE MISE EN ŒUVRE DE L’ACTION [6 lignes max]**

…………………………………………………………………………………………………………………………

**CHRINOGRAMME PREVISIONNEL DE L’ACTION**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Activités** | **Janv.-21** | **févr.-21** | **mars.-21** | **avril.-21** | **Mai.-21** | **juin.-21** | **Juil.-21** | **Août.-21** | **Sep.-21** | **Oct.-21** | **Nov.-21** | **Déc.-21** |
| Activité 1 : |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| Activité 2 : |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| Activité 3 : |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| Activité 4 : |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| Activité 5 : |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |

RESSOURCES NECESSAIRES

**Quels sont les moyens humains nécessaires au projet ?** Les distinguer selon leur nature [bénévoles, salarié.e.s, etc.] et préciser le nombre.

…………………………………………………………………………………………………………………………

FACTEURS DE QUALITE ET DE VIABILITE

**Quels sont les facteurs de qualité de l’action ?** [En termes de personnels, de matériels, de compétences, d’expériences, etc.].

…………………………………………………………………………………………………………………………

Quels sont les facteurs de viabilité et de pérennité de l’action ? [Sur le plan économique, financier, organisationnel, institutionnel, social, etc.].

…………………………………………………………………………………………………………………………

Quel est l’accompagnement post-action prévu ?

…………………………………………………………………………………………………………………………

SUIVI ET EVALUATION

**Quels sont les outils que vous allez mettre en place pour assurer le suivi de l’action ?**

…………………………………………………………………………………………………………………………

**Quels sont les modes d’évaluation prévus ?**

…………………………………………………………………………………………………………………………

**Budget global de l’action :** ………………………………………………………………………………..........

**Requête au Coup de pouce :** ………………………………

**BUDGET PREVISIONNEL DU PROJET**

|  |
| --- |
| MODELE IMPOSE DU BUDGET PREVISIONNEL [DEPENSES PREVISIONNELLES] |
|  | **Mode de calcul [impératif]** |
| **RUBRIQUE** | **NOMBRE** | **COÛT UNITAIRE****[en Euros]** | **COÛT TOTAL****[en Euros]** |
| 1 | **Investissement immobilier** |  |  |  |
| 2 | **Fournitures et consommables** |  |  |  |
| 3 | **Prestations externes [Consultant-e-s, etc…]** |  |  |  |
| 4 | **Frais de personnel salarié** |  |  |  |
| 5 | **Frais de déplacements - Transports** |  |  |  |
| 6 | **Autres** |  |  |  |
| **VALORISATIONS** |
| 7 | **Valorisation d’origine privée [Bénévolat, etc…- Préciser]****[5% maximum du budget]** |  |  |  |
| 8 | **Valorisation d’origine publique [Location de salle, etc… - Préciser]****[20% maximum du budget]** |  |  |  |
| **COUT TOTAL EN EUROS** |  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **MODELE IMPOSE DE BUDGET PREVISIONNEL** [RESSOURCES PREVISIONNELLES] |
|
| **ORIGINE DES RESSOURCES** | **SOLLICITE [EN EUROS]** | **ACQUIS[EN EUROS]** |
| **RESSOURCES D’ORIGINE PRIVEE [détailler]**    |
| **Fonds propres de l’organisation membre du FORIM portant l’activité ou la parrainant**  |    |   |
| **Le cas échant : OSIM portant l’activité et membre d’un FOSIM / COSIM membre du FORIM** |    |   |
| **Autres ressources privées [cotisations, autres bailleurs privés, etc.]** |  |  |
| **Valorisation privée [bénévolat, etc…][5% maximum du budget global]** |     |   |
| ***Sous- total 1*** |     |   |
| **RESSOURCES D’ORIGINE PUBLIQUE** [détaillez]   |
| **Coup de pouce FORIM [50% maximum du budget global]** |   |   |
| **Collectivités locales [détailler sans utiliser de sigle]** |     |   |
| **Autres [détailler sans utiliser de sigle]** |     |   |
| **Valorisations d’origine publique [mise à disposition de salle par une institution publique, etc… - Détailler]** **[20% max du budget total]** |     |   |
| ***Sous- total 2*** |   |   |
| ***Sous-Total 1 + 2*** |     |   |
| **TOTAL GENERAL DES RESSOURCES** |  |  |

**Date :**

**Signature**