

**QUESTIONNAIRE D’EVALUATION D’UNE ACTION FINANCEE**

**ACTION SANITAIRE ET SOCIALE 2025**

**DOCUMENT A RETOURNER A LA CAISSE AVANT LE : 31/03/2026**

**INTITULE DE L’ACTION :**

1. **PRESENTATION DE L’ASSOCIATION**

**NOM DE L’ASSOCIATION**:

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

**Personne chargée du dossier au sein de l’association :**

Nom :

Prénom :

Qualité :

Téléphone :

Courriel :

1. **BILAN DE L’ACTION**

**Les objectifs ont-ils été réalisés ?**

[ ] OUI

[ ] NON Pourquoi :

[ ] PARTIELLEMENT Pourquoi :

**Dispositif de suivi :**

Comité de pilotage : [ ] OUI [ ] NON

Groupe de travail : [ ] OUI [ ] NON

Outils de suivi : [ ]  OUI [ ]  NON

Si oui lesquels (échéancier, tableau de bord …) :

**Public atteint**

|  |  |
| --- | --- |
| **Secteurs d’intervention** | **Nombre de personnes concernées** |
| **Enfants** | **Adolescents** | **Adultes** | **Personnes agées** |
| Milieu scolaire |  |  |  |  |
| Foyers, centres d’accueil, … |  |  |  |  |
| Hôpitaux, cliniques, … |  |  |  |  |
| Entreprises, administrations, ... |  |  |  |  |
| Lieux publics |  |  |  |  |
| Domicile |  |  |  |  |
| Autres |  |  |  |  |

**Lieux d’intervention**

|  |
| --- |
|       |

**Partenaires (rôle, qualification..)**

|  |
| --- |
|       |

**Outils spécifiques utilisés** **pour l’action :**

|  |
| --- |
|       |

**Effectif affecté à l’action (à préciser le cas échéant)**

Nombre de salariés, vacataires :

Nombre d’heures :

Coût :

Nombre de bénévoles :

Nombre d’heures :

1. **EVALUATION DE L’ACTION**

**Modalités d’évaluation :**

[ ] Interne

[ ] Prestataire externe

préciser son nom :

**Période d’évaluation**

du       au

**Méthode d’évaluation**

|  |
| --- |
|       |

**Résultats obtenus**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Objectifs | Indicateurs | Résultats | Ecarts | Interprétation des écarts |
|  |  |  |  |  |

Points forts (pertinence, efficacité, impact, taux de satisfaction….)

|  |
| --- |
|       |

Point faibles (de l’action engagée)

|  |
| --- |
|       |

**Perspectives et propositions**

Quelles améliorations sont envisagées en cas de poursuite de(s) action(s)

|  |
| --- |
| Actions :     Méthodologie de l’évaluation :      |

 Date .........................

 Signature du Président de l’Association

|  |
| --- |
| **BILAN FINANCIER DE L’ACTION** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Dépenses spécifiques à l'action** | **Budget prévisionnel.** | **Budget réalisé** | **Ecarts** | **Observations** | **Recettes spécifiques à l'action** | **Budget prévisionnel** | **Budget réalisé** | **Ecarts** | **Observations** |
| **Achats Total** |  |  |  |  | **Ressources propres Total** |  |  |  |  |
| divers achats |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Petit matériel |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fournitures de bureau |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Services extérieurs Total** |  |  |  |  | **Subventions Total** |  |  |  |  |
| location (local, salle, matériel …)  |  |  |  |  | CPAM - CRAM  |  |  |  |  |
| entretien et réparations |  |  |  |  | Etat |  |  |  |  |
| assurance |  |  |  |  | Région |  |  |  |  |
| formation |  |  |  |  | Département |  |  |  |  |
| documentation |  |  |  |  | Communes |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Collectivités publiques |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Entreprises publiques |  |  |  |  |
| **Autres services extérieurs Total** |  |  |  |  | Entreprises et organismes privés |  |  |  |  |
| honoraires |  |  |  |  | Entreprises et organismes privés |  |  |  |  |
| information |  |  |  |  | Autres (préciser : …) |  |  |  |  |
| publicité |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| déplacements |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| missions |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| réceptions |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| téléphone, frais postaux |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| divers prestations extérieures |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Charges de personnel** |  |  |  |  | **Produits de gestion courante Total** |  |  |  |  |
| rémunération du personnel |  |  |  |  | Cotisations des adhérents |  |  |  |  |
| charges sociales |  |  |  |  | Dons |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Autres |  |  |  |  |
| **Autres charges de gestion courante** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  **TOTAL Total** |  |  |  |  | **TOTAL Total** |  |  |  |  |

Le Trésorier Le Président