

Direction Santé, Prévention, PMI

*Promotion de la santé du jeune enfant
et aide à la parentalité Sud et Nord*

Action collective

FICHE PROJET : *Nom de l'action*

GROUPE DE PILOTAGE

• **Collectivité européenne d'Alsace**

PMI-- SPSJEAP Sud

PMI – SPSJEAP Nord

• **Territoire de** : SPSJEAP Sud : Choisissez un élément.

SPSJEAP Nord : Choisissez un élément.

Médecin :

Cadre de santé :

Infirmière-puéricultrice/sage-femme/EJE/psychologue :

Secrétaire médico-sociale :

• **Partenaire(s) :**

Nom de l'institution/association/collectivité :

Intervenant(s) :

Responsable de l'institution partenaire :

Coordonnées :

✓ Adresse :

✓ Téléphone :

✓ Email :

CONSTATS A L'ORIGINE DU PROJET

DESCRIPTION DU PROJET :

PUBLIC CONCERNE :

OBJECTIFS : (description détaillée)

- ***Pour les enfants :***

- ***Pour les parents :***

- ***Pour les intervenants :***

MODALITES DE MISE EN OEUVRE : (description détaillée)

- ***Date prévue pour le démarrage de l'action :***

- ***Période et fréquence :***

- ***Durée - Horaires :***

- ***Contenu :*** (description de l'action souhaitée/ opérationnalité : atelier ? conférence ? comment va-t-elle être déclinée : en amont – pendant – après ?)

- ***Nombre de participants :***

• **Moyens :**

Humains :

- ✓
- ✓
- ✓

Locaux et Matériels :

- ✓
- ✓
- ✓
- ✓

Financiers : (si besoin, joindre un budget prévisionnel)

COMMUNICATION : (Précisez comment vous allez faire connaître votre action collective)

EVALUATION :

- **Critères d'évaluation**

- **Date initiale et rythmicité de l'évaluation de l'action :**

- **Professionnel responsable de l'évaluation :**

SIGNATURE DES PARTIES :

L'Infirmière-puéricultrice et/ou EJE	L'intervenant	Le responsable de l'institution partenaire :
---	---------------	---

Le médecin territorial et/ou Cadre de Santé	Avis favorable <input type="checkbox"/>	Avis différé <input type="checkbox"/>
	Le Médecin Chef de service :	