

**Dossier de candidature**

**CRÉATION D’UN DISPOSITIF D’AUTOREGULATION ELEMENTAIRE TND**

**DÉPARTEMENT LOIRET**

***Porteur du projet :***

--Dossier limité à 20 pages--

**Plan détaillé du dossier de candidature**

[I. ETABLISSEMENT SUPPORT 3](#_Toc131082509)

[A. Identification de l’établissement ou service 3](#_Toc131082510)

[B. Présentation succincte du gestionnaire 3](#_Toc131082511)

[C. Présentation des activités de la structure support du projet de DAR 4](#_Toc131082512)

[II. DESCRIPTION DU PROJET 4](#_Toc131082513)

[III. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT 4](#_Toc131082514)

[A. Modalités de fonctionnement du DAR 4](#_Toc131082515)

[B. Financement 5](#_Toc131082516)

[IV. MODALITES DE MISE EN OEUVRE OPERATIONNELLES ET CALENDRIER PREVISIONNEL 5](#_Toc131082517)

# ETABLISSEMENT SUPPORT

## Identification de l’établissement ou service

|  |  |
| --- | --- |
| **Présentation de la structure support** | |
| **Nom de la structure support** |  |
| **Adresse de la structure support** |  |
| **N° Finess géographique** |  |
| **N° SIRET** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Personne chargée**  **du dossier** | NOM Prénom :  Fonction :  Téléphone :  Mail : |

*Si projet coordonné, préciser les autres acteurs et modalités d’articulation*

## Présentation succincte du gestionnaire

|  |  |
| --- | --- |
| **Présentation du gestionnaire** | |
| **Dénomination** |  |
| **Statut juridique** |  |
| **Adresse** |  |
| **N° FINESS juridique** |  |
| **N° SIRET** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Mail** |  |
| **Représentant légal** | NOM Prénom :  Fonction :  Téléphone :  Mail : |

*Apportez toute autre précision jugée nécessaire sur les activités du gestionnaire porteur*

## Présentation des activités de la structure support du projet de DAR

# DESCRIPTION DU PROJET

*Décrire le territoire concerné, le projet, les motivations, l’élaboration du Projet Personnalisé d’Accompagnement et du Projet Personnalisé de Scolarisation de l’enfant, les modalités d’élaboration du projet notamment avec les partenaires du territoire, qui interviennent sur le secteur de l’école.*

# ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

## Modalités de fonctionnement du DAR

|  |  |
| --- | --- |
| **Expérience de la structure**  (accompagnement des enfants porteurs de troubles du neurodéveloppement) |  |
| **Présentation de l’équipe d’intervenants :**   * Description de l’équipe   (Transmettre en annexe un état des effectifs de personnels par qualification en nombre et ETP en distinguant personnel salarié ESMS et personnel extérieur)   * Formation des personnels et formation continue * Respect des recommandations nationales de bonnes pratiques HAS * Adéquation de la composition de l’équipe avec le projet (profils, expérience dans la prise en charge des personnes.) * Modalités de gouvernance |  |
| **Modalités d’association des parents**  **et accompagnement des familles** |  |
| **Partenariats formalisés et envisagés (de l’admission à la sortie du dispositif)** |  |
| **Actions de formation et de supervision envisagées** |  |
| **Modalités d’organisation (locaux, transport, restauration…)** |  |
| **Outils et méthodes utilisés** |  |
| **Modalités de suivi et d’évaluation du DAR**  (critères et indicateurs permettant de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs) |  |
| **Modalités d’admission, préparation à la sortie** |  |

## Financement

*Expliciter les modalités d’utilisation de l’enveloppe dédiée au DAR*

*Budget prévisionnel pour la 1ère année de fonctionnement et en année pleine conformément au cadre réglementaire à transmettre en annexe*

# MODALITES DE MISE EN OEUVRE OPERATIONNELLES ET CALENDRIER PREVISIONNEL

*Décrire les différents jalons du projet, des rencontres nécessaires, des outils complémentaires à développer et le calendrier de démarrage envisagé avec ses différentes étapes.*