*Ce dossier sert de candidature pour la validation au certificat de formation à la gestion associative**et en aucun cas il ne garantit au candidat d’être retenu pour le parcours.*

|  |
| --- |
| **ASSOCIATION** |
| Nom de l’association |  |
| Tel |  |
| Email |  |
| Date de création |  |
| Quartier d’implantation |  |
| Secteur d’activité principale\* |  |
| Domaine d’activité\*\* |  |
| Nombre de bénévole |  |
| Nombre de salarié |  |
| Activités principales de l’association |  |
| Nom du président |  |
| Coordonnées du président |  |
| Nom et prénomdu tuteur dans l’association |  |
| Coordonnées du tuteur |  |
| Fonction du tuteur dans l’association |  |

|  |
| --- |
| **\*SECTEUR D’ACTIVITÉ*** Cadre de vie (amélioration de l’habitat et de environnent, Espace vert, BTP, …)
* Culture/socio-Culturel/art (centre de loisirs, périscolaire, actions culturelles, enfance et famille, art)
* Développement local (développement économique, représentant d’un secteur d’activité)
* Environnement (protection de l’environnement, promotion de l’environnement, agriculture)
* Media (Presse écrite et radiophonique, multimédia, informatique)
* Social/ socio-médical (aide à la personne, personne fragile, humanitaire)
* Sport
 |

|  |
| --- |
| **\*\* DOMAINE ACTIVITÉ*** Prévention de la Délinquance
* Cohésion sociale
* Insertion par activité économique
* Service à la personne
 |

|  |
| --- |
| **CANDIDAT** |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Date de naissance |  |
| Quartier de résidence |  |
| Statut dans l’association |  |
| Profession |  |
| Tel |  |
| Email |  |
| Ancienneté dans l’association |  |
| Pourquoi souhaitez-vous valider le CFGA ? |  |

**Fiche projet**

|  |
| --- |
| Intitulé du projet: |
| Public visé: |
| Constat:  |
| Objectif de la manifestation: |
| Contenu de l'action: |

**Attestation sur l’honneur**

Je soussigné(e)………………………………………………………………… atteste sur l’honneur :

• avoir candidaté pour la CFGA

• avoir pris connaissance des conditions du programme précisées dans la fiche technique CFGA

• de la fiabilité des informations communiquées

Fait à Saint-Martin, le……………………

Nom, Prénom, Titre et Signature

 (Pour les mineurs signature du tuteur légal)

**Liste des pièces**

* Statuts de l’association
* Dernier récépissé de la préfecture
* Parution au Journal Officiel des associations
* Liste des membres du bureau et conseil d’administration
* Numéro de Siret
* Projet associatif de la structure
* Projet du candidat dans la structure (fiche projet)
* Attestation sur l’honneur

**Calendrier**

|  |  |
| --- | --- |
| Date limite de dépôt | 30/06/2017 |
| Réunion d’information pour les candidats | A Confirmer  |
| Passage devant le jury de sélection | 10/07/2017 |
| Annonce des candidats retenus | 20/07/2017 |
| Rencontre avec le président de l’association | Septembre 2017 |
| Début du programme  | 18/09/2017 |
| Fin Du Programme | 17/09/2018 |

**Sélection des candidats**

La sélection des candidats se fera par un jury composé des institutions locales, de professionnels et des représentants d’initiative Saint Martin Active. Il évaluera le candidat, la structure associative et la pertinence du projet proposé.