

# COMMISSION DES FINANCEURS DE LA PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DE L'ISÈRE

## ANNEXES AU CAHIER DES CHARGES 2026



Avec le soutien financier de la



## Table des matières

Annexe 1 : Budget prévisionnel .....	3
Annexe 2 : Coordonnées des Maisons du Département.....	5
Annexe 3 : Modèle du formulaire de demande en ligne .....	6
Annexe 4 : Modèle de questionnaire à destination du public .....	16
Annexe 5 : Modèle de bilan final d'évaluation.....	18
Annexe 6 : Modèle de lettre d'engagement.....	21
Annexe 7 : Modèle de contrat d'engagement républicain des associations et fondations bénéficiant de subventions publiques ou d'un agrément de l'état.....	22

## Annexe 1 : Budget prévisionnel

ATTENTION A BIEN INSCRIRE LE BUDGET PREVISIONNEL DETAILLE DU PROJET UNIQUEMENT (non pas celui de la structure)

Nom de la structure :			Nom du projet :		
CHARGES	Précisions	Montant (€)	RECETTES	Précisions	Montant (€)
<b>60. Achats</b>		0,00 €	<b>74. Subventions d'exploitation</b>		0,00 €
Achats de fournitures et de petits matériels : (préciser le matériel avec le montant associé pour chacun et fournir les devis)			***Commission des financeurs (détailler les montants correspondants aux "charges" du tableau imputées à la subvention de la Commission des financeurs )		
<b>61. Services extérieurs</b>		0,00 €	Région(s)		
Locations			Etat (précisez les ministères sollicités)		
Documentation			Intercommunalité (préciser)		
<b>62. Autres services extérieurs</b>		0,00 €	Commune(s) (préciser)		
Rémunérations intermédiaires et honoraires (sur devis)			Autres financements publics ou privés (préciser)		
Communication et publicité					
Déplacements, missions (frais liés au transport des participants)					
<b>64. Charges de personnel</b>		0,00 €			
Heures de conception de l'action (charges sociales comprises) (détail du calcul : nombre d'heures, coût horaire, nombre de séances...)					
*Heures effectives de réalisation de l'action (charges sociales comprises) (détail du calcul : nombre d'heures, coût horaire, nombre de séances...)					
**Heures dédiées à l'évaluation d'impact de niveau 1 si mise en œuvre selon les conditions du cahier des charges et sous réserve de validation de la CFPPA (détail du calcul : nombre d'heures, coût horaire, nombre de séances...)					
<b>TOTAL DES CHARGES PREVISIONNELLES</b>		0,00 €	<b>TOTAL DES RECETTES PREVISIONNELLES</b>		0,00 €
<b>86. Emplois des contributions volontaires en nature</b>		0,00 €	<b>87. Contributions volontaires en nature</b>		0,00 €
Secours en nature			Prestations en nature		
Mise à disposition gratuite de biens et prestations			Dons en nature		
Personnel bénévole			Personnel bénévole		
<b>TOTAL DES CHARGES</b>		0,00 €	<b>TOTAL DES PRODUITS</b>		0,00 €
	Vérification	0,00 €			

Afin de bien remplir votre budget:

#### 64. Charges de personnel

**\*Heures effectives de réalisation de l'action:** il s'agit là de noter le nombre d'heures passées avec les bénéficiaires hors temps de préparation. Ce nombre doit être supérieur aux heures de conception et d'évaluation.

NB: pour les collectivités territoriales, les heures consacrées au projet par les agents doivent être valorisées dans la colonne dépenses puis ramenées dans la colonne recette en tant que co-financement de la collectivité concernée. Elles ne sont, en effet, pas prises en charge par la Commission des financeurs.

**\*\*Heures dédiées à l'évaluation d'impact de niveau 1:** les heures dédiées au bilan final obligatoire à rendre au 15 mars 2027 ne sont pas à valoriser dans cette case.

#### 74. Subventions d'exploitation:

\*\*\*Merci d'indiquer pour quelles charges vous demandez le concours de la Commission.

En amont, le calcul doit être fait de façon précise quant au montant demandé à la Commission des financeurs.

En effet, si le projet n'est pas mené en totalité, il doit être possible de calculer simplement quel montant vous devrez rembourser.

Il n'est pas possible de demander par exemple, une participation générale aux dépenses totales.

## Annexe 2 : Coordonnées des Maisons du Département

	Adresse	Téléphone
T-01	Maison de territoire du <b>Haut-Rhône Dauphinois</b> 45 impasse de l'ancienne gare 38460 CREMIEU	04-74-18-65-60
T-02	Maison de territoire de <b>Porte des Alpes</b> 18 avenue Frédéric Dard 38300 BOURGOIN JALLIEU	04-26-73-05-00
T-03	Maison de territoire des <b>Vals du Dauphiné</b> 2 rue de l'Oiselet CS 70066 38110 LA TOUR DU PIN	04-74-97-96-98
T-04	Maison de territoire de l' <b>Isère Rhodanienne</b> 3 quai Frédéric Mistral 38200 VIENNE	04-74-87-93-00
T-05	Maison de territoire de la <b>Bièvre</b> Rue de la Guillotière 38270 BEAUREPAIRE	04-37-02-24-80
T-06	Maison de territoire du <b>Voironnais Chartreuse</b> 33 avenue François Mitterand 38500 VOIRON	04-57-56-11-30
T-07	Maison de territoire du <b>Sud Grésivaudan</b> Avenue Jules David 38160 SAINT-MARCELLIN	04-76-36-38-38
T-08	Maison de territoire du <b>Grésivaudan</b> 53 route de Barraux 38530 BARRAUX	04-56-58-16-00
T-09	Maison de territoire du <b>Vercors</b> 150 impasse de Meillarot 38250 VILLARD DE LANS	04-57-38-49-00
T-10	Maison de territoire du <b>Trièves</b> 435 Rue Docteur Senebier 38710 MENS	04-80-34-85-00
T-11	Maison de territoire de <b>La Matheysine</b> Rue du pont de la Maladière 38350 LA MURE	04-57-48-11-11
T-12	Maison de territoire de l' <b>Oisans</b> 200, avenue de la Gare 38520 BOURG D'OISANS	04-76-80-03-48
T-13	Maison de territoire - <b>Agglomération Grenobloise</b> 32 rue de New-York CS 60097 38000 Grenoble	04-57-38-44-00

## Commission des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie de l'Isère

Le Département de l'Isère, en sa qualité de chef de file de l'action sociale, préside l'instance collégiale de la Commission des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, qui doit permettre la mise en place d'une politique globale et cohérente de prévention de la perte d'autonomie.

Des orientations stratégiques ainsi qu'un plan d'actions correspondant sont inscrits au sein d'un programme pluriannuel coordonné. Le périmètre d'éligibilité des concours financiers disponibles a évolué depuis sa création, afin de développer et renforcer la prévention en établissement, et soutenir les actions en direction des proches aidants.

Ainsi, la Commission des financeurs peut soutenir :

- des **actions collectives de prévention de la perte d'autonomie** en direction des :
  - personnes de 60 ans et plus vivant à domicile
  - résidents en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et en Petite Unité de Vie (PUV)
- des actions visant à soutenir les actions collectives **d'accompagnement des proches aidants visant à informer, former ou apporter un soutien psychosocial**
- des actions collectives de formation des bénévoles dans la mesure où leur finalité est d'améliorer la qualité des actions destinées aux bénéficiaires

La page relative à la Commission des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie est disponible ici : <https://www.isere.fr/commission-des-financeurs>

### Consignes de saisie

Le porteur du projet (particulier) ou le représentant légal de la structure doit effectuer la saisie ou celle-ci doit se faire en son nom (association, commune...).

**A NOTER : le courriel employé pour la création de ce compte est utilisé par les services du Département pour communiquer avec vous tout au long du traitement de votre demande.**

**Vous devez être vigilant à ce que la personne en charge du projet puisse être le destinataire des messages envoyés à cette adresse.**

Si un changement devait intervenir au sein de la structure au cours de l'année, veillez à transmettre les documents liés à ce changement (RIB, Présidence, adresse du siège social, raison sociale, etc.).

**Vous pourrez interrompre votre saisie à tout moment : celle-ci est sauvegardée en brouillon à l'aide des boutons « enregistrement » ou « suivant ». Vous pourrez retrouver votre saisie dans « suivre mes demandes d'aides » à partir de l'écran d'accueil.**

Tous les champs ayant une étoile rouge \* sont des informations à saisir obligatoirement.

### Consignes de navigation

Utiliser uniquement les boutons "**Précédent**" et "**Suivant**" du formulaire.

Ne pas utiliser les flèches du navigateur .

**Pour vous aider dans vos démarches, le Département de l'Isère vous accueille par téléphone au 04.76.00.38.38 du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00.**

### Critères d'éligibilité

**Les actions devront débuter à partir de février 2026 et être réalisées au 31 décembre 2026.**

Le porteur de projet devra procéder à une évaluation de son action tout au long de son déroulement, afin de répondre à un **bilan final au 15 mars 2027**.

Veuillez consulter attentivement [le cahier des charges](#) afin de vous assurer que votre projet respecte l'ensemble des critères requis.

**Pensez à enregistrer régulièrement votre saisie (environ toutes les 30 minutes) à l'aide du bouton "enregistrer" situé en bas de la page.**

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.

## Informations générales

Intitulé du projet \*

Montant de la subvention demandée (sans décimales) \*

Commune(s) de réalisation du projet

*Dans la cellule "Localisations", saisir une partie du nom de **la commune** ou **du territoire de réalisation** du projet puis sélectionner le résultat de la recherche. Recommencer l'opération si l'action se déroule dans plusieurs communes ou territoires.*

*Saisir tous les territoires uniquement si le projet est bien réalisé dans une commune de chacun d'eux ou s'il s'agit d'un webinaire.*

## Informations sur votre structure

Avez-vous des modifications à signaler concernant votre structure ? \*

☐

Oui

☐

Non

## Identification de la personne chargée du projet

Nom \*

Prénom \*

Fonction \*

Courriel \*

Téléphone \*

## Informations sur votre projet

Votre structure est-elle un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ou une Petite Unité de Vie (PUV) ? \*

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, indiquer l'établissement.

Axe de l'action \*

- ☐ Actions collectives de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile
- ☐ Actions collectives de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans et plus résidant en établissement (EHPAD et PUV)
- ☐ Actions collectives d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées de 60 ans et plus

Thématique de l'action \*

- ☐ Activité physique
- ☐ Alimentation
- ☐ Santé cognitive
- ☐ Santé mentale
- ☐ Santé auditive
- ☐ Santé visuelle
- ☐ Lien social
- ☐ Usage du numérique
- ☐ Habitat et cadre de vie
- ☐ Mobilité
- ☐ Accès aux droits
- ☐ Préparation à la retraite
- ☐ Formation des bénévoles
  
- ☐ Sensibilisation
- ☐ Formation
- ☐ Soutien psychologique
- ☐ Prévention santé

Date prévisionnelle de début de l'action \*

Date prévisionnelle de fin de l'action \*

Calendrier prévisionnel de l'action (nombre total de séances, sujets des séances...) et périodicité (ex : 1 x mois, tous les mardis matins...) \*

Nombre de séances prévues \*

 séances

Votre action est-elle réalisée dans des locaux externes à ceux du porteur de projet ? \*

☐ Oui

☐ Non

Si oui, une lettre d'engagement vous sera demandée

Le projet sera-t-il réalisé dans un EHPAD ou une Petite Unité de Vie (PUV) ? \*

☐ Oui

☐ Non

Si oui, indiquer le ou les établissements

## Description du projet

Résumé de l'action \*



Comment l'action a été conçue ? \*

- ☐ L'action a été conçue par notre structure
- ☐ À partir d'une action déjà mise en œuvre dans un autre département
- ☐ À partir d'une action qui a démontré l'adoption de changement de comportements des participants à travers une évaluation d'impact

Si la structure a sélectionné « À partir d'une action déjà mise en œuvre dans un autre département » :

Où et par qui ? \*



Si la structure a sélectionné « À partir d'une action qui a démontré l'adoption de changement de comportements » :

Quel est le nom du programme et les références des articles ou communications scientifiques qui étayent l'action ? \*



S'agit-il \*

- ☐ d'une nouvelle action
- ☐ du renouvellement d'une action financée une précédente année par la CFPPA
- ☐ d'une action présentée une précédente année à la CFPPA mais non financée

Si la structure a sélectionné « renouvellement » ou « présentée une précédente année » :

Quels sont les axes majeurs d'amélioration apportés à l'action ? \*



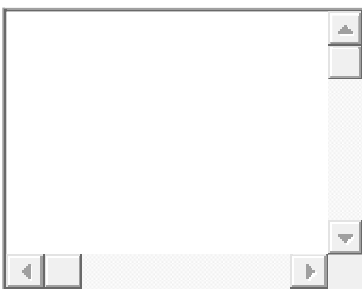
À quelle problématique de santé du territoire d'intervention répond l'action (objectifs généraux) ? \*

A rectangular text input field with a light gray border. It contains no text. On the right side, there are two small square buttons with upward and downward arrows. On the bottom left, there are two small square buttons with left and right arrows.

À quelles priorités de la Commission des financeurs répond l'action ? \*

A rectangular text input field with a light gray border. It contains no text. On the right side, there are two small square buttons with upward and downward arrows. On the bottom left, there are two small square buttons with left and right arrows.

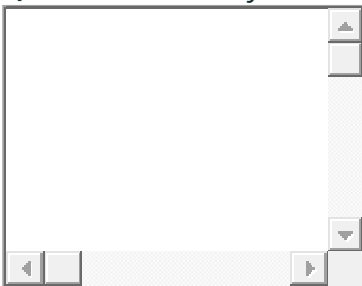
Quels sont les objectifs de votre projet et les actions correspondantes en spécifiant le contenu et la forme des actions ? \*

A rectangular text input field with a light gray border. It contains no text. On the right side, there are two small square buttons with upward and downward arrows. On the bottom left, there are two small square buttons with left and right arrows.

L'action se déroule \*

- ☐ en présentiel
- ☒ à distance
- ☐ mixte présentiel/à distance

Quels sont les moyens et outils envisagés pour communiquer l'action ? \*

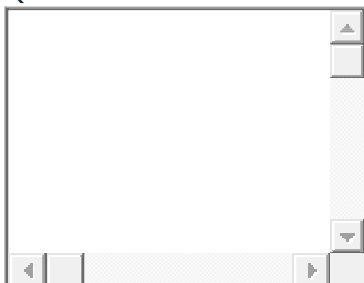
A rectangular text input field with a light gray border. It contains no text. On the right side, there are two small square buttons with upward and downward arrows. On the bottom left, there are two small square buttons with left and right arrows.

## Informations sur le public

Quel est le nombre de participants uniques envisagé ? \*

*C'est-à-dire le nombre de personnes différentes qui participeront à l'action. Une personne qui participe à deux temps d'une même action est à compter qu'une seule fois. Si l'action s'adresse à plusieurs groupes différents, faire le total du nombre de personnes prévues sur l'ensemble des groupes.*

Quelles sont les caractéristiques des personnes spécifiquement ciblées par l'action ? \*

A large rectangular text area with a light gray border. It contains no text. On the right side, there are three small square buttons stacked vertically. On the bottom left, there are two small square buttons side-by-side. On the bottom right, there is a small square button.

*Âge, situation géographique, critères de fragilité...*

Envisagez-vous une démarche particulière pour atteindre les personnes en situation de vulnérabilité ? Si oui, laquelle ? \*

A large rectangular text area with a light gray border. It contains no text. On the right side, there are three small square buttons stacked vertically. On the bottom left, there are two small square buttons side-by-side. On the bottom right, there is a small square button.

Les bénéficiaires ont-ils été impliqués dans la conception de l'action ? Si oui, comment ? \*



### Moyens mobilisés pour mettre en œuvre l'action

Est-il prévu l'intervention d'un prestataire externe ? \*

☐


Oui

☐

Non

Si oui des devis vous seront demandés

Moyens humains externes à la structure : partenaires \*

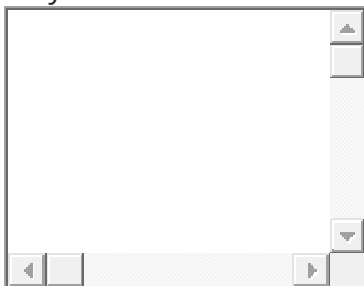


Moyens humains internes à la structure \*



*Profil des intervenants, missions, nombre d'heures, coût(s) horaire(s), défraiement*

Moyens matériels \*



## Evaluation du projet

Pouvez-vous décrire les effets ou changements de comportement attendus pour les bénéficiaires de cette action (objectifs spécifiques) ? \*



Avez-vous l'intention de mettre en place une évaluation d'impact de niveau 1 (respectant les repères indiqués dans le cahier des charges et sous réserve de la validation de la Commission des financeurs) ? \*

- ☐ Oui
- ☐ Non

Quelles méthodes envisagez-vous pour suivre et évaluer les effets ou changements de comportement attendus pour les bénéficiaires de cette action ? \*



## Partage d'informations

J'accepte de partager mes coordonnées qui seront utilisées pour de la diffusion d'informations \*

- ☐ Oui
- ☐ Non



## Questionnaire d'évaluation

***Vous avez participé à une action collective de prévention.***

***Nous vous remercions de prendre quelques minutes pour répondre au questionnaire suivant :***

**Intitulé de l'action :** .....

**Date et lieu de l'action :** .....

**Votre commune de résidence :** .....

**Vous êtes :** ☐ un homme ☐ une femme

**Vous avez :** ☐ Moins de 60 ans ☐ 60 à 69 ans ☐ 70 à 79 ans ☐ 80 ans à 89 ☐ 90 et plus

**Bénéficiez-vous de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) :**

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

**Votre situation :**

☐ préretraité(e) ☐ retraité(e) ☐ en activité professionnelle  
☐ sans activité professionnelle ☐ en invalidité

**Vous vivez :**

☐ À domicile ☐ En établissement

**Aidez-vous ou soutenez-vous un proche?**

☐ Oui ☐ Non

**Si oui, à quelle fréquence :**

☐ au quotidien ☐ ponctuellement

**De manière globale, cette action vous a-t-elle parue :**

☐ Très satisfaisante ☐ Satisfaisante ☐ Peu satisfaisante ☐ Pas du tout satisfaisante

Si vous avez répondu pas du tout satisfaisante, merci d'en préciser la raison ?

.....  
.....  
.....

**Suite à cette action, pensez-vous changer certains de vos comportements ou habitudes ?**

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Merci de tourner la page

**Pouvez-vous préciser ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

-

**Grâce à l'action, vous sentez-vous capable de faire des choses nouvelles ou de refaire des choses que vous ne faisiez plus?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Avez-vous des remarques ou suggestions à formuler ?**

.....  
.....

**Souhaitez-vous une suite à cette action ?** ☐ Oui ☐ Non

*Si oui, laquelle ?*

.....

*Si oui, sous quelle(s) forme(s) ?*

☐ Conférence ☐ Conférence-débat ☐ Atelier ☐ Groupe de parole

☐ Groupe d'information et d'échange ☐ Journée ☐ Théâtre interactif

☐ Autre : .....

**Êtes-vous intéressé(e) par d'autres sujets ?** ☐ Oui ☐ Non

*Si oui, lequel ou lesquels ?*

.....

**Comment avez-vous eu connaissance de cette action ?**

☐ Presse, affiches, flyers

☐ Internet

☐ Par un professionnel de santé (médecin, pharmacien, kinésithérapeute, infirmier...)

☐ Par un professionnel médico-social (assistante sociale, évaluateur des besoins d'aide à domicile)

☐ Par votre caisse de retraite complémentaire

☐ Par votre caisse de retraite

☐ La mairie ou le CCAS

☐ La direction de l'autonomie ou le service autonomie de la Maison du territoire

☐ Le « bouche à oreille » (entourage amical, familial, voisinage...)

☐ Autre : .....

**Merci de votre participation**

## Annexe 5 : Modèle de bilan final d'évaluation

### 1. Informations générales

Identification de la demande :

Libellé de la demande :

Référence administrative :

### 2. Mise en œuvre de l'action

Avez-vous mis en œuvre votre projet ? :

Lieu(x) de réalisation de l'action :

Le montant de la subvention accordé a-t-il été utilisé dans sa totalité ? :

Indiquer le montant non utilisé :

Nombre de séances prévues :

Nombre de séances réalisées :

Différence entre les séances prévues et réalisées :

Nombre de bénéficiaires différents ayant assisté aux séances :

### 3. Typologie du public ayant assisté aux séances

Nombre de femmes :

Nombre d'hommes :

Nombre total de bénéficiaires :

Nombre de personnes en GIR 1 à 4 :

Nombre de personnes en GIR 5 à 6 ou non Giré :

Nombre de personnes de moins de 60 ans :

Nombre de personnes de 60 à 69 ans :

Nombre de personnes de 70 à 79 ans :

Nombre de personnes de 80 à 89 ans :

Nombre de personnes de 90 ans ou plus :

Nombre de résidents d'EHPAD ou PUV :

### 4. Communication

Quels moyens de communication ont été utilisés ? :

## 5. Évaluation par les participants

Avez-vous réalisé une évaluation de votre projet auprès des participants ? :

Avez-vous réalisé une synthèse ? :

De manière globale, quelle a été la satisfaction des participants ? :

Indiquer quelques retours de participants :

Suite à cette action, combien de participants ont déclaré avoir l'intention de changer certains de leurs comportements ou habitudes ?

Suite à cette action, combien de participants ont déclaré se sentir capables de faire des choses nouvelles ou de refaire des choses auxquelles ils avaient renoncé ? :

## 6. Évaluation du projet

Pour chacun des objectifs que vous vous étiez fixé, précisez s'ils ont été atteints et de quelle façon ? :

Avez-vous réussi à atteindre le public ciblé par votre action ? :

Si oui : de quelle façon ? Si non : pourquoi selon vous ? :

Avez-vous réussi à atteindre des personnes en situation de vulnérabilité (c'est-à-dire plus exposées que d'autres au risque de perte d'autonomie, par exemple des personnes avec un faible niveau de diplôme, un faible niveau de ressources, une absence de soutien social, les retraités de métiers soumis à une forte pénibilité) ? :

Quelles sont les difficultés que vous avez éventuellement rencontrées dans la réalisation de votre projet ? :

Quels sont les effets ou changements de comportement constatés hormis les retours des participants ? :

Suite à l'évaluation, quels sont les axes de progrès dans la construction ou la réalisation de votre action ? :

## 7. Évaluation d'impact

Avez-vous mis en place une évaluation d'impact de niveau 1 ? :

Combien de participants ont répondu à cette évaluation d'impact ? :

Détaillez les impacts positifs révélés par cette évaluation sur les participants ? :

Quels sont les changements que vous prévoyez de mettre en place dans la construction de votre projet suite aux constats de cette évaluation ? :

## 8. Pièces justificatives du bilan

Attestation de déclaration sur l'honneur

Facture(s) de prestataire(s)

Bilan financier

Bilan d'impact si mis en œuvre (cf. kit d'évaluation)

Autres documents pour illustrer la réalisation de l'action

## Annexe 6 : Modèle de lettre d'engagement

Nom et coordonnées du porteur de projets Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Référence : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

### Lettre d'engagement

Je soussigné(e) (nom + fonction de l'établissement)

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

atteste d'être intéressé par le projet (prestataire)

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

et s'engage à accueillir (le prestataire)

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

dans ses locaux pour mettre en œuvre le projet

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Signature de l'établissement d'accueil

## **Annexe 7 : Modèle de contrat d'engagement républicain des associations et fondations bénéficiant de subventions publiques ou d'un agrément de l'état**

L'importance des associations et des fondations dans la vie de la Nation et leur contribution à l'intérêt général justifient que les autorités administratives décident de leur apporter un soutien financier ou matériel. Il en va de même pour les fédérations sportives et les ligues professionnelles.

L'administration, qui doit elle-même rendre des comptes aux citoyens, justifier du bon usage des deniers publics et de la reconnaissance qu'elle peut attribuer, est fondée à s'assurer que les organismes bénéficiaires de subventions publiques ou d'un agrément respectent le pacte républicain.

A cette fin la loi n° 2021-1109 du 24 août 2021, confortant le respect des principes de la République, a institué le contrat d'engagement républicain. Conformément aux dispositions des articles 10-1 et 25-1 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, le présent contrat a pour objet de préciser les engagements que prend toute association ou fondation qui sollicite une subvention publique ou un agrément de l'Etat.

Ainsi, l'association ou la fondation « s'engage (...) à respecter les principes de liberté, d'égalité, de fraternité et de dignité de la personne humaine ainsi que les symboles de la République (...) », « à ne pas remettre en cause le caractère laïque de la République » et « à s'abstenir de toute action portant atteinte à l'ordre public ». Ces engagements sont souscrits dans le respect des libertés constitutionnellement reconnues, notamment la liberté d'association et la liberté d'expression dont découlent la liberté de se réunir, de manifester et de création.

### **ENGAGEMENT N° 1 : RESPECT DES LOIS DE LA RÉPUBLIQUE**

Le respect des lois de la République s'impose aux associations et aux fondations, qui ne doivent entreprendre ni inciter à aucune action manifestement contraire à la loi, violente ou susceptible d'entraîner des troubles graves à l'ordre public. L'association ou la fondation bénéficiaire s'engage à ne pas se prévaloir de convictions politiques, philosophiques ou religieuses pour s'affranchir des règles communes régissant ses relations avec les collectivités publiques. Elle s'engage notamment à ne pas remettre en cause le caractère laïque de la République.

### **ENGAGEMENT N° 2 : LIBERTÉ DE CONSCIENCE**

L'association, ou la fondation, s'engage à respecter et protéger la liberté de conscience de ses membres et des tiers, notamment des bénéficiaires de ses services, et s'abstient de tout acte de prosélytisme abusif exercé notamment sous la contrainte, la menace ou la pression. Cet engagement ne fait pas obstacle à ce que les associations ou fondations dont l'objet est fondé sur des convictions, notamment religieuses, requièrent de leurs membres une adhésion loyale à l'égard des valeurs ou des croyances de l'organisation.

### **ENGAGEMENT N° 3 : LIBERTÉ DES MEMBRES DE L'ASSOCIATION**

L'association s'engage à respecter la liberté de ses membres de s'en retirer dans les conditions prévues à l'article 4 de la loi du 1er juillet 1901 et leur droit de ne pas en être arbitrairement exclu.

### **ENGAGEMENT N° 4 : ÉGALITÉ ET NON-DISCRIMINATION**

L'association, ou la fondation, s'engage à respecter l'égalité de tous devant la loi. Elle s'engage, dans son fonctionnement interne comme dans ses rapports avec les tiers, à ne pas opérer de différences de traitement fondées sur le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'appartenance réelle ou supposée à une ethnie, une Nation, une prétendue race ou une religion déterminée qui ne reposeraient pas sur une différence de situation objective en rapport avec l'objet statutaire licite qu'elle poursuit, ni cautionner ou encourager de telles discriminations. Elle prend les mesures, compte tenu des moyens dont elle dispose, permettant de lutter contre toute forme de violence à caractère sexuel ou sexiste.

### **ENGAGEMENT N° 5 : FRATERNITÉ ET PREVENTION DE LA VIOLENCE**

L'association, ou la fondation, s'engage à agir dans un esprit de fraternité et de civisme. Dans son activité, dans son fonctionnement interne comme dans ses rapports avec les tiers, l'association s'engage à ne pas provoquer à la haine ou à la violence envers quiconque et à ne pas cautionner de tels agissements. Elle s'engage à rejeter toutes formes de racisme et d'antisémitisme.

### **ENGAGEMENT N° 6 : RESPECT DE LA DIGNITÉ DE LA PERSONNE HUMAINE**

L'association, ou la fondation, s'engage à n'entreprendre, ne soutenir, ni cautionner aucune action de nature à porter atteinte à la sauvegarde de la dignité de la personne humaine. Elle s'engage à respecter les lois et règlements en vigueur destinés à protéger la santé et l'intégrité physique et psychique de ses membres et des bénéficiaires de ses services et ses activités, et à ne pas mettre en danger la vie d'autrui par ses agissements ou sa négligence. Elle s'engage à ne pas créer, maintenir ou exploiter la vulnérabilité psychologique ou physique de ses membres et des personnes qui participent à ses activités à quelque titre que ce soit, notamment des personnes en situation de handicap, que ce soit par des pressions ou des tentatives d'endoctrinement. Elle s'engage en particulier à n'entreprendre aucune action de nature à compromettre le développement physique, affectif, intellectuel et social des mineurs, ainsi que leur santé et leur sécurité.

### **ENGAGEMENT N° 7 : RESPECT DES SYMBOLES DE LA RÉPUBLIQUE**

L'association s'engage à respecter le drapeau tricolore, l'hymne national, et la devise de la République.

Pour l'association ou fondation :

La ou le Président(e) :

Date et signature :