



FICHE 6

Aide aux emplois sportifs à
vocation départementale

FICHE 6 : Aide aux emplois sportifs à vocation départementale

PRÉSENTATION

Dispositif d'accompagnement des Emplois Associatifs Départementaux déjà conventionné avec le Département pour la période **2021 - 2024**

ELIGIBILITE

- Deux postes aidés au maximum par Comité Départemental
- Un poste = CDI, à mi-temps au minimum

CONSTITUTION DU DOSSIER DE SUIVI ANNUEL

Pour obtenir le versement de l'aide EAD pour l'année **2024**, vous devez présenter pour chaque emploi aidé les pièces suivantes :

- + La fiche de suivi annuel jointe page 3 (et en annexe 2 de la convention)
- + La fiche de poste du salarié seulement si évolution des missions en **2023**
- + La fiche de paie du mois de janvier de l'année **2024**
- + La fiche de paie du mois décembre **2023**
- + Les justificatifs des heures supplémentaires de l'année **2023** s'il y a lieu
- + Les justificatifs de frais de déplacements de l'année **2023** s'il y a lieu
- + Les justificatifs des autres aides au poste, indemnisations et/ou exonérations éventuelles sur l'année **2023** s'il y a lieu
- + L'avenant au contrat de travail réalisé au cours de l'année **2023** s'il y a lieu

IMPORTANT : Toute modification devra être signalée au service instructeur avec transmission des pièces justificatives: cessation de contrat, changement de titulaire du poste, arrêt définitif, licenciement, arrêt de travail (remplacé ou pas)...

FICHE DE SUIVI ANNUEL

(à compléter obligatoirement pour le poste aidé et à renvoyer lors de la demande de versement de la subvention au Conseil Départemental -Direction de la Citoyenneté-Service Sport Jeunesse Vie Associative)

Association :
Intitulé du poste 1 :

1/ COORDONNÉES DE L'ASSOCIATION :

Nom-Prénom et coordonnées du Président(e) (tel/mail)	
Nom-Prénom et coordonnées du contact ¹ pour le suivi de l'emploi (tel/mail)	
Coordonnées tel, mail et postale de l'association	

2/ SITUATION DU SALARIÉ :

Nom du Salarié :

Au cours des douze derniers mois, y-a-t-il eu :

Un changement de salarié(e) sur le poste aidé ? **Oui** **Non**

Si oui², merci de préciser :

- les nom et Prénom du salarié actuel :

- la date d'embauche du nouveau salarié :

Des absences (hors congés réguliers ou récupérations) sur le poste : **Oui** **Non**

Si oui, merci de préciser :

- la nature de ces absences (maladie, maternité etc.) :

- la/les période(s) concernée(s) :

- si ces absences ont été remplacées³ :

D'autres changements majeurs sur le poste concernant :

- la quotité de travail : **Oui** **Non** Précisions :

- la nature des missions : **Oui** **Non** Précisions :

- le coût du poste : **Oui** **Non** Précisions :

1 Personne référente au sein de l'association pour le suivi de l'emploi associatif

2 Ne pas oublier de joindre les pièces justificatives mentionnées dans l'article 5.2 alinéa b de la présente convention

3 Ne pas oublier de joindre les pièces justificatives mentionnées dans l'article 5.2 de la présente convention pour que le coût du remplacement soit pris en considération, dans les limites mentionnées à l'article 2.5 alinéa b.

3/ SITUATION ACTUELLE DE L'ASSOCIATION :

a) Votre association rencontre-t-elle des problématiques pour lesquelles un accompagnement est souhaité ? Oui Non

Si oui, merci de cocher la ou les problématique(s) que vous rencontrez actuellement et sur lesquelles vous souhaiteriez que votre association soit accompagnée :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vie associative | <input type="checkbox"/> Fonction employeur | <input type="checkbox"/> Recherche de financements |
| <input type="checkbox"/> Gestion / comptabilité | <input type="checkbox"/> Relations locales | <input type="checkbox"/> Gestion de projet |
| <input type="checkbox"/> Communication | <input type="checkbox"/> Consolidation du projet associatif | |
| <input type="checkbox"/> Autre (merci de préciser) : _____ | | |

b) Envisagez-vous de solliciter un des outils / dispositifs d'accompagnement suivants pour faire face à votre/vos problématique(s) ?

- | | | |
|---|------------|------------|
| DLA : Dispositif Local d'Accompagnement : | Oui | Non |
| CRIB : Centre de Ressources et d'Information des Bénévoles : | Oui | Non |
| Réseau MAIA : Mission d'Accueil et d'Information des Associations des Côtes d'Armor : | Oui | Non |
| Pôles de développement de l'ESS : | Oui | Non |
| Fédération régionale ou nationale : | Oui | Non |
| Autres (à préciser) | | |

c) Souhaitez-vous être informé(e) par e-mail ?

- | | | |
|---|------------|------------|
| - des conférences/ateliers thématiques mis en place par le Département concernant le secteur associatif : | Oui | Non |
| - des conférences/ateliers thématiques mis en place par ses principaux partenaires (CRIB, pôles de développement de l'ESS) : | Oui | Non |
| - des journées thématiques/manifestations mises en place par le Conseil départemental : | Oui | Non |
| - des journées thématiques / manifestations mises en place par ses principaux partenaires (CRIB, pôles de développement de l'ESS) : | Oui | Non |
| - de la situation des emplois associatifs (= portrait annuel des emplois associatifs) | Oui | Non |

d) Souhaitez-vous faire part au Département d'informations / questions supplémentaires concernant l'emploi aidé, votre association ou le dispositif Emplois associatifs? Oui Non

Je, soussigné....., Président / Présidente de l'association
certifie l'exactitude des informations renseignées ci-dessus.

Fait à le
Signature du Président / de la Présidente :

FICHE DE SUIVI ANNUEL

(à compléter obligatoirement pour le poste aidé et à renvoyer lors de la demande de versement de la subvention au Conseil Départemental -Direction de la Citoyenneté-Service Sport Jeunesse Vie Associative)

Association :
Intitulé du poste 2 :

1/ COORDONNÉES DE L'ASSOCIATION :

Nom-Prénom et coordonnées du Président(e) (tel/mail)	
Nom-Prénom et coordonnées du contact ¹ pour le suivi de l'emploi (tel/mail)	
Coordonnées tel, mail et postale de l'association	

2/ SITUATION DU SALARIÉ :

Nom du Salarié :

Au cours des douze derniers mois, y-a-t-il eu :

Un changement de salarié(e) sur le poste aidé ? **Oui** **Non**

Si oui², merci de préciser :

- les nom et Prénom du salarié actuel :

- la date d'embauche du nouveau salarié :

Des absences (hors congés réguliers ou récupérations) sur le poste : **Oui** **Non**

Si oui, merci de préciser :

- la nature de ces absences (maladie, maternité etc.) :

- la/les période(s) concernée(s) :

- si ces absences ont été remplacées³ :

D'autres changements majeurs sur le poste concernant :

- la quotité de travail : **Oui** **Non** Précisions :

- la nature des missions : **Oui** **Non** Précisions :

- le coût du poste : **Oui** **Non** Précisions :

1 Personne référente au sein de l'association pour le suivi de l'emploi associatif

2 Ne pas oublier de joindre les pièces justificatives mentionnées dans l'article 5.2 alinéa b de la présente convention

3 Ne pas oublier de joindre les pièces justificatives mentionnées dans l'article 5.2 de la présente convention pour que le coût du remplacement soit pris en considération, dans les limites mentionnées à l'article 2.5 alinéa b.

3/ SITUATION ACTUELLE DE L'ASSOCIATION :

a) Votre association rencontre-t-elle des problématiques pour lesquelles un accompagnement est souhaité ? Oui Non

Si oui, merci de cocher la ou les problématique(s) que vous rencontrez actuellement et sur lesquelles vous souhaiteriez que votre association soit accompagnée :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vie associative | <input type="checkbox"/> Fonction employeur | <input type="checkbox"/> Recherche de financements |
| <input type="checkbox"/> Gestion / comptabilité | <input type="checkbox"/> Relations locales | <input type="checkbox"/> Gestion de projet |
| <input type="checkbox"/> Communication | <input type="checkbox"/> Consolidation du projet associatif | |
| <input type="checkbox"/> Autre (merci de préciser) : _____ | | |

b) Envisagez-vous de solliciter un des outils / dispositifs d'accompagnement suivants pour faire face à votre/vos problématique(s) ?

DLA : Dispositif Local d'Accompagnement :	Oui	Non
CRIB : Centre de Ressources et d'Information des Bénévoles :	Oui	Non
Réseau MAIA : Mission d'Accueil et d'Information des Associations des Côtes d'Armor :	Oui	Non
Pôles de développement de l'ESS :	Oui	Non
Fédération régionale ou nationale :	Oui	Non
Autres (à préciser)		

c) Souhaitez-vous être informé(e) par e-mail ?

- des conférences/ateliers thématiques mis en place par le Département concernant le secteur associatif :	Oui	Non
- des conférences/ateliers thématiques mis en place par ses principaux partenaires (CRIB, pôles de développement de l'ESS) :	Oui	Non
- des journées thématiques/manifestations mises en place par le Conseil départemental :	Oui	Non
- des journées thématiques / manifestations mises en place par ses principaux partenaires (CRIB, pôles de développement de l'ESS) :	Oui	Non
- de la situation des emplois associatifs (= portrait annuel des emplois associatifs)	Oui	Non

d) Souhaitez-vous faire part au Département d'informations / questions supplémentaires concernant l'emploi aidé, votre association ou le dispositif Emplois associatifs? Oui Non

Je, soussigné....., Président / Présidente de l'association
certifie l'exactitude des informations renseignées ci-dessus.

Fait à le
Signature du Président / de la Présidente :