



# Bilan des interventions 2019 en milieu carcéral



# 1. Identification de l'association

Nom – dénomination :

Sigle de l'association :

Numéro Siret :

Adresse :

# 2. Coordonnées de l'intervenant référent

Nom – Prénom :

Qualité :

Mail :

Tel :

# 3. Coordonnées de l'intervenant remplaçant

Nom – Prénom :

Qualité :

Mail :

Tel :

## 4. BILAN DES INTERVENTIONS

Établissement d'intervention :

	Date	Créneau horaire	Durée de la séance	Discipline pratiquée	Nombre de participants
1	<input type="text"/>				
2	<input type="text"/>				
3	<input type="text"/>				
4	<input type="text"/>				
5	<input type="text"/>				
6	<input type="text"/>				
7	<input type="text"/>				
8	<input type="text"/>				
9	<input type="text"/>				
10	<input type="text"/>				
11	<input type="text"/>				
12	<input type="text"/>				

**Articulation avec l'établissement pénitentiaire et le moniteur de sport :  
(Accompagnement - matériel - équipements - locaux - soutien sur l'activité -  
assiduité des participants - ...)**

**Articulation avec le CROS Centre-Val de Loire pour la réalisation du  
projet (Accompagnement - réactivité - convention - ...):**

**Les séances programmées avaient-elles pour objectif de permettre aux  
personnes détenues de participer à un tournoi ou à un événement extérieur ?**

Oui       Non

**Si oui, les objectifs ont-ils été atteints ?**

**Les personnes détenues qui ont participé aux séances vous ont-elles fait part de leur souhait d'intégrer un club ? de formation ? Autres ?**

Oui       Non

**Si oui, précisez :**

**Avez-vous bénéficié de cofinancements pour ces interventions, notamment de la Direction de l'Administration Pénitentiaire dans le cadre du conventionnement national de votre fédération ?**

Oui       Non

**Si oui, à quelle hauteur ?**

**Souhaiteriez-vous réitérer ces interventions ?**

Oui       Non

**Pourquoi ?**

**Aimeriez-vous suivre une formation sur l'intervention en milieu pénitentiaire ?**

Oui       Non

**Pourquoi ?**

**Je soussigné(e)** (Nom, Prénom et qualité du signataire)

certifie exactes les informations du présent bilan de l'action.

**Fait à**

**Le**

**Signature du représentant légal :**

Une fois rempli, ce bilan est à adresser au CROS Centre – Val de Loire accompagné de l’attestation de frais kilométriques et, le cas échéant, des justificatifs originaux

par mail à : [centrevaldeloire@franceolympique.com](mailto:centrevaldeloire@franceolympique.com)

ou par courrier à : CROS Centre Val de Loire – 6 ter rue de l'Abbé Pasty – 45400 FLEURY-LES-AUBRAIS.

Pour toute information, vous pouvez joindre le CROS Centre-Val de Loire au 02 38 49 88 50 ou par mail à [centrevaldeloire@franceolympique.com](mailto:centrevaldeloire@franceolympique.com)