****

**Dossier de demande d’agrément**

**en tant**

**que restaurant social**

[**www.wallonie.be**](http://www.wallonie.be)

**No vert : 1718** (informations générales)

1. **Signalétique**
* **Pouvoir organisateur** :

**Forme juridique :**

[ ]  ASBL

[ ]  Fondation d’utilité publique

[ ]  Commune

[ ]  Centre public d’action sociale

[ ]  Association chapitre XII

**Adresse du siège social :**

**Téléphone :**

**Commission paritaire :**

**N° BCE :**

* **Service :**

**Dénomination particulière** :

**Adresse du service (si différente du siège social) :**

* **Représentant du service**

**Nom :**

**Titre :**

**Tél. direct :**

**Adresse mail 📪 :**

**Adresse :**

Le **Décret « mixité »** prévoit une composition au maximum de 2/3 de personnes de même genre (Décret du 9 janvier 2014 destiné à promouvoir une représentation équilibrée des femmes et des hommes dans les conseils d’administration des organismes privés agréés par la Région wallonne).

Préciser le nombre d’administrateurs : … hommes et … femmes.

1. **Attestation**
* s’engage à informer tout bénéficiaire des dispositifs existant en matière d’insertion socioprofessionnelle, d’insertion sociale et de médiation de dettes ;
* s’engage à former les travailleurs et les bénévoles dans une optique d’accueil des personnes visées à l’article 49 ;
* s’engage à informer l’administration de toute modification intervenue dans ses statuts ainsi que dans la composition, les fonctions ou le statut du personnel accomplissant les actions d’accompagnement social ;
* s’engage à favoriser une alimentation saine et équilibrée et les produits de qualité, dans le respect du décret de la Région wallonne du 6 novembre 2008 relatif à la lutte contre certaines formes de discrimination ;
* s’engage à limiter le gaspillage, notamment alimentaire et limiter l’utilisation de matériaux d’emballage.

***Pour l’institution (dénomination)***

***Nom, titre et signature du ou des responsables de l’institution***

1. **Personnel**

*Personnel(s) accomplissant les actions de restaurant social*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom, Prénom** | **Titre** | **Diplôme** | **Qualification** | **Fonction** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

## *Bénévole(s)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom, Prénom** | **Titre** | **Diplôme** | **Qualification** | **Fonction** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Projet**

**4.1 Les réalités socio-économiques locales (brève note décrivant la situation économique de votre région : population, taux de chômage, bénéficiaires RIS, …)**

Cliquez ici pour taper du texte.

**4.2 Projet décrivant le dispositif mis en œuvre dans le cadre de sa mission de restaurant social**

Cliquez ici pour taper du texte.

**4.3 Données relatives à la période de 12 mois précédant le mois d’introduction de la demande**

Horaire d’ouverture du service :

 Jours d’ouverture par mois :

 Heures par jour d’ouverture :

*Horaire d’ouverture: soit l’horaire d’ouverture hebdomadaire valant de manière identique pour chaque semaine et précisant, pour la semaine et jour par jour, les heures où le service est accessible aux bénéficiaires, soit l’horaire d’ouverture mensuelle précisant, pour le mois et jour par jour, les heures où le service est accessible aux bénéficiaires, en cas d’horaire d’ouverture différent d’une semaine à l’autre.*

Nombre de bénéficiaires :

Montant du chiffre d’affaire :

Nombre de repas :

**4.4 Note de synthèse établissant comment l’institution entend remplir les engagements suivants :**

* accomplir de manière régulière des actions d’accompagnement social ;
* informer tout bénéficiaire des dispositifs existant en matière d’insertion socioprofessionnelle, d’insertion sociale et de médiation de dettes ;
* former les travailleurs et les bénévoles dans une optique d’accueil des personnes ;
* favoriser une alimentation saine et équilibrée et les produits de qualité ;
* limiter le gaspillage, notamment alimentaire et limiter l’utilisation de matériaux d’emballage.

Cliquez ici pour taper du texte.

**4.5 Public cible**

Cliquez ici pour taper du texte.

**4.6 Collaborations et partenariats (Décrivez les partenariats existants et, le cas échéant, ceux en projet).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Partenaire** | **Objectif** | **Convention (cochez si existante)** |
|  |  | [ ]  |
|  |  | [ ]  |
|  |  | [ ]  |
|  |  | [ ]  |
|  |  | [ ]  |
|  |  | [ ]  |
|  |  | [ ]  |
|  |  | [ ]  |
|  |  | [ ]  |
|  |  | [ ]  |
|  |  | [ ]  |
|  |  | [ ]  |
|  |  | [ ]  |
|  |  | [ ]  |

1. **Annexes**

**Veuillez joindre les documents suivants à votre demande :**

* Statuts (coordonnés, le cas échéant) tels que publiés au Moniteur (*pour les institutions autres que les pouvoirs locaux).*
* Composition des organes d’administration (*pour les institutions autres que les pouvoirs locaux)* et liste mise à jour des administrateurs*.*
* Copies des contrats des travailleurs et des bénévoles.
* Rapport d'activités de l’année précédant la demande.
* Conventions de partenariat
* Règlement d’ordre intérieur
* Attestation de sécurité incendie pour les locaux au sein desquels se déroulent les activités
* Comptes et bilan de la dernière année civile disponible

**Dossier à renvoyer à la SPW Intérieur et Action Sociale
Direction de l'Action Sociale**

Avenue Gouverneur Bovesse, 100
B-5100 NAMUR

**Dossier téléchargeable sur le site**

**http://actionsociale.wallonie.be/**

**Personne de contact :**

|  |
| --- |
| **Séverine KIRTEN****081/327.308****ers.social@spw.wallonie.be** |