**APPEL À CANDIDATURE**

N° ARS/DAOSS/DCT n° 971-2025-03-31-00001

**Création d’une Unité d’Enseignement Externalisée**

**pour enfants avec troubles du spectre de l’Autisme**

**(UEEA)**

# Guadeloupe

**Rentrée scolaire 2025-2026**

**STRATEGIE NATIONALE AUTISME**

**AU SEIN DES TROUBLES DU NEURO-DEVELOPPEMENT**

ANNEXE 6 - **DOSSIER DE CANDIDATURE**

|  |  |
| --- | --- |
| Date prévisionnelle de publication de l'appel à candidatures | Mars 2025 |
| Date limite de dépôt des candidatures | 30 mai 2025 |
| Date prévisionnelle de notification de la décision | Fin juin 2025 |
| Installation / ouverture de l’UEEA | Rentrée de septembre 2025 |

**1 - PORTEUR :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Présentation de l’ESMS** | |
| **Nom de l’établissement support** |  |
| **Type de structure** | **Gestionnaire d’ESMS**  **Association**  **Autre structure (préciser) :** |
| **Statut juridique** | **Public  Privé (non lucratif)  Privé (lucratif)** |
| **Adresse de**  **l’établissement support** |  |
| **Nom, prénom, fonction et coordonnées du représentant**  **légal de l’auteur de la demande** | **NOM / Prénom :**  Fonction :  Téléphone :  Mail : |
| **N° FINESS juridique et géographique** | **FINESS EJ :**  **FINESS ET :** |
| **N° SIRET** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Personne chargée du dossier** | **NOM / Prénom :**  Fonction :  Téléphone :  Mail : |

|  |  |
| --- | --- |
| **ACTIVITES DE L’ESMS SUPPORT DU PROJET D’UEEA** | |
| **Autorisation (s)** |  |
| **Capacité** |  |
| **Modalités d’accompagnement** |  |

**2 - DESCRIPTION DU PROJET**

*Décrire le projet, les motivations, les modalités d’élaboration du projet notamment avec les partenaires du territoire.*

**3 - ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT**

|  |  |
| --- | --- |
| **MODALITES DE FONCTIONNEMENT DE L’UEEA** | |
| **Expérience de l’établissement** (accompagnement des enfants porteurs de TSA) |  |
| **Présentation de l’équipe d’intervenants :**  ● Description de l’équipe  ● Formation des personnels et formation continue  ● Respect des recommandations nationales de bonnes pratiques HAS  ● Adéquation de la composition de l’équipe avec le projet (profils, expérience dans la prise en charge des personnes.)  ● Modalités de gouvernance |  |
| Modalités **d’association des parents** et accompagnement des familles |  |
| **Partenariats formalisés** et envisagés | **Formalisés :**  **Envisagés :** |
| **Actions de formation et de supervision envisagées** |  |
| Modalités **d’organisation** (locaux, transport, restauration…) |  |
| **Outils utilisés** |  |
| Modalités de **suivi et d’évaluation** (critères et indicateurs permettant de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs) |  |
| **FINANCEMENT** | |
| Expliciter les **modalités d’utilisation** de l’enveloppe dédiée à l’UEEA (154 000 €) |  |

**4 - MISE EN ŒUVRE OPERATIONNELLE**

|  |  |
| --- | --- |
| Décrire les différents **jalons du projet**, des rencontres nécessaires |  |
| Décrire les différents **outils complémentaires** à développer |  |
| **Calendrier détaillé** de démarrage envisagé |  |