



# AIDE A LA RÉALISATION DE PROJETS 2026-2027

## ASSOCIATIONS DE MELUN ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES DE MELUN

**Dossier à retourner « impérativement »**  
**avant le 31 janvier 2027**

Hôtel du Château  
23, rue du Château  
77000 MELUN  
01.69.58.53.69  
arim@ville-melun.fr

COTISATION A L'ARIM A JOUR POUR L'ANNÉE 2026-2027

OUI ☐

NON ☐

VOTRE PROJET CONCERNE UNE VILLE JUMELLE DE MELUN

OUI ☐

NON ☐

Si OUI, merci de choisir la ville concernée

STUTTGART-VAIHINGEN ☐

SPELTHORNE ☐

CREMA ☐

**Nom de l'établissement ou de l'association demandeur**

.....  
**Adresse**

.....

**Code Postal..... Ville.....**

**Téléphone.....**

**Courriel.....**

**Nom du Directeur ou du Président de l'établissement**

.....  
**Téléphone.....**

**Nom du Responsable du projet**

.....  
**Téléphone.....**

**Courriel.....**

**Nom du Projet**

.....  
**Dates**

**Du.....au.....**

ASSOCIATION POUR LES RELATIONS INTERNATIONALES DE MELUN-  
A.R.I.M

AIDE A LA RÉALISATION DE PROJETS

## PRÉSENTATION DU PROJET

---

## OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES OU VALIDATION DES COMPÉTENCES

---

## PROGRAMME

---

## BUDGET :

---

### RECETTES:

|                               | Par participant | TOTAL |
|-------------------------------|-----------------|-------|
| Participation des familles    |                 |       |
| Foyer Socio-éducatif          |                 |       |
| Budget de l'établissement     |                 |       |
| Autres aides                  |                 |       |
| <b>Aide demandée à l'ARIM</b> |                 |       |

### DÉPENSES:

|                       | Nombre de participants | TOTAL |
|-----------------------|------------------------|-------|
| TARIF TOTAL DU PROJET |                        |       |

## ATTESTATION D'ENGAGEMENT

---

Je soussigné(e) .....  
**m'engage** à fournir un bilan complet du projet avec photos, au plus tard 3  
mois après le retour de celui-ci.

Dans le cas où le projet serait annulé, je **m'engage** à restituer l'aide accordée  
par l'ARIM.

Je certifie sur l'honneur la véracité de tous les éléments présentés dans ce  
dossier .

*Date, Signatures et cachet:*

Le Directeur d'établissement  
Ou le Président

Le Responsable du projet

---

## PARTIE RÉSERVÉE A L'ADMINISTRATION DE L'ARIM

---

Date de réception du dossier : .....

Date de l'étude du dossier : .....

☐ ACCORD

**VALIDATION PRÉSIDENTE/TRÉSORIER :**

☐ REFUS

☐ Cotisation de l'année non réglée

☐ Projet ne correspondant pas aux critères d'attribution: caractère international ou  
européen - projet éducatif, sportif ou professionnel en échange avec l'une de nos  
villes jumelles, une ville européenne ou hors de l'Europe.

☐ Dossier incomplet

☐ Aide demandée trop importante

☐ Autres : .....

**Montant de l'aide attribuée pour le projet : .....euros**