Club des Mères ………………………………….…………………. ; Village de …………..……………………………………………….. ; Commune : …………..………………..………..………………………..…………

Programme/projet : ……………………………………………………………………………………….., Code projet : ………………; Agent CRN : ……………………….………………. ; Date : : ……………………

### FICHE DE SUIVI MENSUEL DES ACTIVITES CLUBS DES MERES

1. **Activités réalisées**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Activités réalisées dans le mois** | **Nombre de séances** | **Nombre de personnes touchées ou participantes** | **Observations** |
| **Femmes CdM** | **Femmes** | **Hommes** | **Total** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Observations :**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………**

|  |  |
| --- | --- |
| **Les fiches de suivi d’activités sont-elles remplies ?** | 🞎 Oui ; 🞎 Non ; 🞎 Partiellement |
| **Les informations des participants sont-elles inclues dans les cahiers ?** | 🞎 Oui ; 🞎 Non ; 🞎 Partiellement |
| **La planification mensuelle des activités est-elle faite ?** | 🞎 Oui ; 🞎 Non ; 🞎 Partiellement |

Observations :**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………**

1. **Caisses**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Caisses** | **Montant au début du mois (A)** | **Entrée (B)** | **Sortie (C)** | **Solde à la fin du mois (A+B) - C** | **Observations** |
| 1. **Caisse AGR / de résilience**
 |  |  |  |  |  |
| 1. **Caisse de Solidarité Santé**
 |  |  |  |  |  |
| 1. **Caisse de fonctionnement**
 |  |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |  |

Observations :**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………**

|  |  |
| --- | --- |
| **Les informations des participants sont-elles inclues dans les cahiers ?** | 🞎 Oui ; 🞎 Non ; 🞎 Partiellement  |
| **Quel est le nombre de femmes ayant des impayés des cotisations ?** |
| Caisse AGR/de résilience : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Caisse de Solidarité Santé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Caisse de fonctionnement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **Suivi des matériels**

|  |  |
| --- | --- |
| **La fiche de suivi mensuel des matériels est-elle mise à jour ?** | 🞎 Oui ; 🞎 Non ; 🞎 Partiellement  |
| **Nombre de matériels en mauvais état :…………………** **Préciser :………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** |

Observations :**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………**

1. **Situation des crédits**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Caisses** | **Crédits octroyés (FCFA)** | **Nbre de bénéficiaires des crédits** | **Remboursement à la fin du mois (FCFA)** | **Remboursements en retard** | **Observations** |
| **Crédits** | **Intérêts** | **Total** | **Nombre** | **Montant** |
| **Caisse d’AGR / de Résilience** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Caisse de Solidarité Santé** |  |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |  |

Observations générales *(notification des conflits, changements dans la réalisation des activités, situation caisses, crédits…):*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Le ………………………………………………**

**Agent de la Croix Rouge** *(nom et signature)***:**