|  |
| --- |
| *ORIENTAÇÕES INICIAIS* |

Conforme previsto nos termos do convênio de cooperação, o relatório deverá:

* Ser encaminhado à Fundação BB até 31/12 de cada um dos 3 primeiros anos do Convênio
* Conter registros fotográficos que evidenciem a realização das atividades do projeto e aspectos relativos à divulgação da marca da Fundação BB e FENABB
* Após preencher totalmente o formulário, imprima, colha as assinaturas com os respectivos carimbos de identificação do representante legal da convenente, coordenador (a) pedagógico, presidente da AABB e do gerente geral da agência BB. Digitalize e envie para o e-mail implementacao@fbb.org.br colocando no título da mensagem “RELATÓRIO PARCIAL 2022 AABB Nome do Município – UF”

|  |
| --- |
| *DADOS DO PROJETO* |

**Número do Projeto:**

**Convenente: Cidade (UF):**

|  |
| --- |
| EDUCANDOS |

1. Número de educandos que permaneceram no projeto até o final do ano: \_\_\_\_\_\_\_
2. Quantidade de educandos que saíram do projeto no decorrer do ano: \_\_\_\_\_\_\_

Descrever as ações adotadas para reposição dos educandos evadidos, no caso de o projeto ter terminado o ano com menos educandos que o previsto no Pano de Trabalho:

|  |
| --- |
|  |

1. Quantidade total de exames realizados pelos educandos no ano:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Exames** | Previsto (\*) | Realizado |
| Atendimento Médico |  |  |
| Atendimento Odontológico  |  |   |
| Atendimento Oftalmológico |  |   |

**(\*)** A quantidade Prevista: Trata-se do total de educandos definido no Plano de Trabalho.

Caso os exames não tenham sido realizados, registrar justificativas e providências adotadas:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| FAMÍLIA |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Foi realizada reunião preliminar, com os pais e/ou responsáveis, antes do início das atividades do ano?
 | [ ]  Sim [ ]  Não |
| 1. A reunião com os pais e/ou responsáveis está registrada em ata?
 | [ ]  Sim [ ]  Não |
| 1. Foi obtida autorização de todos os pais e/ou responsáveis antes do início das atividades no ano?
 | [ ]  Sim [ ]  Não |
| 1. As autorizações dos pais e/ou responsáveis estão arquivadas?
 | [ ]  Sim [ ]  Não |

Em caso de resposta negativa a algum dos itens, justificar e indicar as providências adotadas:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| EDUCADORES E OUTROS PROFISSIONAIS |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Quantidade de educadores em atuação, incluindo o coordenador
 |  |
| 1. Foi disponibilizado profissional de psicologia para atendimento às demandas pontuais?
 | [ ]  Sim [ ]  Não |
| 1. Nome e CPR do (a) Psicólogo (a):
 |  |
| 1. O cardápio foi elaborado por nutricionista?
 | [ ]  Sim [ ]  Não |
| 1. Nome e CRN do(a) Nutricionista
 |  |
| 1. Foi disponibilizado assistente social para atendimento às demandas pontuais?
 | [ ]  Sim [ ]  Não |
| 1. Há educadores em atuação que não possuem graduação relacionada com a área de atuação? Caso a resposta seja sim, justificar no campo abaixo.
 | [ ]  Sim [ ]  Não |
|  |

Comente como foi a atuação do psicólogo e assistente social no decorrer do ano.

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **DO FUNCIONAMENTO DO PROJETO** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Quais dias da semana o projeto funcionou durante o ano?
 | [ ]  Segunda [ ]  Terça [ ]  Quarta [ ]  Quinta [ ]  Sexta |
| 1. Por quantas horas semanais foram desenvolvidas as atividades do projeto durante o ano?
 |  |
| 1. Quantas refeições diárias são oferecidas aos educandos? Especificar por turno.
 |  |

1. Comente quais as oficinas/atividades foram desenvolvidas com os educandos durante o ano.

|  |
| --- |
|  |

1. Todos os educandos tiveram a oportunidade de participar das atividades desenvolvidas? Descreve sobre a organização dos horários/rodízio de oficinas.

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| CONTRAPARTIDA DA CONVENENTE |

1. Comprovação das despesas:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Despesa** | **Valor Previsto (descrito no Plano de Trabalho) Em R$**  | **Valor Realizado²** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |   |
|  |  |   |
|  |  |  |
| Outros (**especificar¹)** |  |   |
| **TOTAL** |  |   |

**¹Especificação de outras despesas**:

|  |
| --- |
|  |

**² justificar valores que forem diferentes do valor previsto no Plano de Trabalho:**

|  |
| --- |
|  |

1. Declaro que os documentos comprobatórios das despesas acima encontram-se em poder desta Agência e estou ciente que poderão ser solicitados pela FBB a qualquer momento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Gerente Geral da Agência

Carimbo

|  |
| --- |
| COMPROMISSOS DA AABB |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Foram disponibilizados aos participantes do Programa, em pelo menos três dias na semana, os espaços e instalações coletivas do clube, inclusive a piscina;
 | [ ]  Sim [ ]  Não |
| 1. Foi disponibilizada e mantida a estrutura mínima destinada à realização das atividades do Programa (salão ou galpão coberto, sala multiuso, sala de coordenação, campo de futebol ou quadra poliesportiva, cozinha e refeitório ou espaço similar)?
 | [ ]  Sim [ ]  Não |
| 1. O banner do Programa foi confeccionado conforme Manual de Identidade Visual e mantido em local de fácil visualização?
 | [ ]  Sim [ ]  Não |
| 1. Foi disponibilizado acesso à internet, na modalidade banda larga, para a equipe AABB Comunidade e educandos?
 | [ ]  Sim [ ]  Não |

Em caso de resposta negativa a algum dos itens acima, justificar e indicar as providências adotadas:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| OUTRAS INFORMAÇÕES |

|  |
| --- |
| **Conselhos (CDP/CMDCA)** |
| 1. O Conselho Deliberativo Participativo (CDP) está formado?
 | [ ]  Sim [ ]  Não | Em caso negativo – Justificar no campo abaixo |
| 1. Data da última reunião do CDP (cópia da ata deve ser entregue para arquivo na agência):
 |  |  |
| 1. O projeto está inscrito no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA)?
 | [ ]  Sim [ ]  Não | Em caso negativo – Justificar no campo abaixo |

Espaço destinado para justificativa:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Cerimônia de entrega dos materiais aos educandos** |
| 1. Foi feita a Cerimônia de entrega dos Kits?
 | [ ]  Sim [ ]  Não | Em caso negativo – Justificar no campo abaixo |
| 1. Foi utilizado banner indicativo do investimento social no Programa, conforme modelos fornecidos pela Fundação BB?
 | [ ]  Sim [ ]  Não | Em caso negativo – Justificar no campo abaixo |
| 1. As fotos da cerimônia, incluindo a do banner, foram anexadas ao relatório de execução?
 | [ ]  Sim [ ]  Não | Em caso negativo – Justificar  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Indique os participantes da cerimônia: (Convenente, AABB, Agência BB, Comunidade, famílias e outros)
 |  |

Espaço destinado aos comentários sobre a cerimônia:

|  |
| --- |
|  |

1. **Outras ações de divulgação do Projeto** - Informar se foram realizadas outras ações de divulgação do Projeto (anexar fotografias, vídeos, reportagens, artigos etc.):

|  |
| --- |
|  |

1. Relacione abaixo os eventos esportivos, artísticos e/ou culturais realizados no programa:

|  |
| --- |
|  |

1. Relacione abaixo os eventos de promoção de saúde realizados no programa:

|  |
| --- |
|  |

1. Descreva, se houver, outras experiências ou iniciativas do programa:

|  |
| --- |
|  |

1. Outras informações relevantes (citar fatores externos que impactam o projeto, como climáticos, econômicos, realidade local, fornecedores etc.).

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| PARECER DA AGÊNCIA |

1. **PARECER DA AGÊNCIA** (Parecer quanto à execução das atividades e cumprimento de metas do Programa AABB Comunidade):

|  |
| --- |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Gerente Geral da Agência

Carimbo

***Atestamos a veracidade de todas as informações e documentos apresentados, nos colocando à disposição para qualquer complementação de dados, caso seja solicitada****.*

Local e Data.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Assinatura e carimbo do(a)Coordenador(a) pedagógico | Assinatura e carimbo do representante legal da Convenente | Assinatura e carimbo dopresidente da AABB |