

## Formulaire D'identification De L'intervenant en faveur des OVC-Bailleur

Nom de l'organisation bailleur:.....

Code District:.....Tel :.....E-mail :.....

### Identification des associations que vous financez dans le cadre d'appui aux OVC

N	Nom de l'association	Localisation (district et secteur)	Nombre d'enfants que vous appuyé à travers l'association	Type d'appui que reçoit l'association ( voir en annexe la liste des services avec code et inscrire juste le code de l'appui)



## Mapping des intervenants OVC


### **Lister les services avec code**

#### **1. Santé :**

1.1 Soins de santé de base fournis à travers la *mutuelle de santé*

1.2 PTME ;

1.3 ARV pour les enfants infectés par le VIH/SIDA

1.4 Education à l'hygiène

1.5 Santé de la reproduction et prévention VIH/SIDA

## 1.6 CDV/VCT

### **2. Nutrition :**

2.1 Assistance alimentaire

2.2 Education à la nutrition

2.3 Nutrition thérapeutique pour les enfants malnutris et/ou sous ARV

### **3. Education formelle et non formelle :**

3.1 Fournitures et frais scolaires (scolarisation)

3.2 Formation professionnelle

3.3 Fonds de démarrage/Kit de démarrage

3.4 Alphabétisation et cours de rattrapage

### **4. Protection :**

4.1 Prévention contre toute forme d'abus et de violence

4.2 Assistance juridique

4.3 Abri

### **5. Appui psychosocial :**

5.1 Counselling

5.2 Accompagnement psychosocial

5.3 Frais de consultation et soins spécialisés

**6. Renforcement socio-économique :**

6.1 OVC et leur ménage bénéficiant d'un financement pour une activité génératrice de revenu (AGR)