

ANNEXE 4

Avis du•de la coordinateur•rice accueil ONE ou de la conseillère EDD sur le Plan d'Amélioration de la Qualité

Nom du•de la CAL, CEDD :

Administration subrégionale (ou administration centrale) :

Nom de l'opérateur :

Commune :

Responsable :

Personne de contact :

Plan d'amélioration de la qualité reçu le / /

Les conditions ci-dessous sont-elles rencontrées ?

- Le plan d'amélioration de la qualité a été évalué
- Le projet d'accueil est conforme au code de qualité

Avis sur le PAQ :

- Avis favorable
- Avis défavorable
- Avis réservé avec délai (préciser)

Conclusion et points d'attention à prendre en compte pour l'avenir :

Date : / /

Signature :