

## Evaluation : Action de prévention soirées étudiantes

---

**B.D.E organisateur :** .....

Contact – Responsable prévention : .....

✉ : .....

☎ : .....

Nombre de personne en charge de l'action de prévention lors de l'événement : .....

Nom de l'événement : .....

Date : ..... Lieu : .....

Nombre de personnes présentes lors de l'événement : .....

Prix de l'entrée : .....

L'entrée donne droit à : .....

Prix des consommations alcoolisées : .....

Prix des softs : .....

### Description de la démarche préventive

#### En amont de la soirée

Une action de sensibilisation liée à une consommation d'alcool excessive a-t-elle eu lieu avant l'événement (formations, actions de sensibilisation sur les pré-ventes, etc.) : .....

.....

Actions de prévention envisagées sur l'événement : .....

.....

Acteurs de prévention contactés : .....

.....

Matériels de prévention envisagés : .....

Des membres de votre BDE ou de votre école sont-ils formés au PACK FORMATION mis en place par la ville de Nantes :  OUI  NON

Si oui, combien : .....

Combien de personnes formées vont agir en prévention lors de votre événement : .....

Problèmes rencontrés lors de la construction de l'action de prévention : .....

.....

**Lors de l'événement**

Actions de prévention mises en place lors de l'événement : .....

.....

Déroulement de l'action : .....

.....

.....

.....

**Action de réduction des risques**

Mise à disposition d'éthylotests :  OUI  NON

- Si oui, combien de personnes ont soufflé : .....
- Combien de résultat négatif : .....
- Combien de résultat positif : .....
- Quelles solutions ont été proposées aux personnes positives : .....
- .....

Mise à disposition de préservatifs :  OUI  NON

- Si oui, combien ont été distribués : .....

Mise à disposition, gratuitement, de café, bonbons, gâteaux :  OUI  NON

Mise en place de navette :  OUI  NON

Mise à disposition de flyers prévention :  OUI  NON

Mise à disposition des numéros des taxis et transports en commun :  OUI  NON

Pensez-vous avoir eu un impact sur les étudiants présents :  OUI  NON

Avez-vous rencontrés des difficultés concernant la mise en place de l'action : .....

.....

.....

A l'issu de l'événement, avez-vous des besoins particuliers (matériels, formations, ...) :

OUI  NON

- Si oui, lesquels : .....

**Evaluation à transmettre à :**

**Association Avenir Santé**