



N° 14927*01

Version du 02/01/2013

**ANNEXE DU FORMULAIRE DE DEMANDE DE PAIEMENT D'UNE AIDE
PROGRAMME DE FORMATION D'UN ORGANISME COORDONNATEUR
MESURE 111 DU PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT RURAL HEXAGONAL**

DISPOSITIF 111 A

Avant de remplir cette demande, lisez attentivement la notice d'information correspondante.
TRANSMETTEZ L'ORIGINAL À LA DRAAF CENTRE (131 rue du Faubourg Bannier – 45042 Orleans Cedex 1)
ET CONSERVEZ UN EXEMPLAIRE

BENEFICIAIRE : (Raison sociale) _____

PROGRAMME DE FORMATION :

RÉGION :

ANNÉE :

Annexes financières

Annexe DP-OC_1	Récapitulatif de la facturation et des paiements du programme de formation
Modèles des bilans et indicateurs	
Annexe DP-OC_2	Rapport d'exécution du programme de formation (volet quantitatif et qualitatif)
Annexe DP-OC_3	Indicateurs du PDRH pour le dispositif 111 A



UNION EUROPÉENNE
FONDS EUROPÉEN AGRICOLE
POUR LE DÉVELOPPEMENT RURAL

DP-OC_1 - RÉCAPITULATIF DES PAIEMENTS D'UN PROGRAMME DE FORMATION (SUITE)

Acquittement des factures d'un organisme coordonnateur

SIRET	Référence de la formation	N° Facture du centre de formation	Date de la facture	Montant facture de formation TTC	Dont TVA sur facture formation	Montant Facture Contribution Stagiaires	Montant net à payer TTC	Date d'acquittement	N° de chèque / N° de bordereau



UNION EUROPÉENNE
FONDS EUROPÉEN AGRICOLE
POUR LE DÉVELOPPEMENT RURAL

DP_OC_1 – RECAPITULATIF DES RECETTES GÉNÉRÉES PAR L'OPERATION

Rappel : Les recettes effectivement générées par l'opération seront déduites du montant total des dépenses éligibles au moment du paiement des aides.

Nature de la recette	Type de recette <i>(voir notice)</i>	Recette en lien direct avec l'action	Montant HT	Montant de la TVA
		<input type="checkbox"/> oui		
		<input type="checkbox"/> oui		
		<input type="checkbox"/> oui		
		<input type="checkbox"/> oui		
		<input type="checkbox"/> oui		
		<input type="checkbox"/> oui		
		<input type="checkbox"/> oui		
		<input type="checkbox"/> oui		
		<input type="checkbox"/> oui		
		<input type="checkbox"/> oui		

MONTANT TOTAL DES RECETTES GÉNÉRÉES PAR LE PROJET

	€
--	---

CERTIFICATION des paiements d'un programme de formation

Identification du comptable public ou du commissaire aux comptes

Nom, prénom : _____

- Comptable public (pour les organismes publics)
 Commissaire aux comptes (pour les organismes reconnus de droit public) Compagnie régionale : N° CRCC :
 Expert comptable (pour les organismes reconnus de droit public) Ville

Ordonnateur ou Maître d'ouvrage	Comptable public ou Commissaire aux comptes
<p>Je certifie que les dépenses et les recettes présentées dans ce récapitulatif ont été respectivement acquittées et encaissées par la structure qui demande le paiement de l'aide, Certifié exact et sincère, le (date)</p> <p>Nom, prénom et qualité du représentant de la structure</p> <p>Cachet et signature :</p>	<p>Je certifie que les dépenses et les recettes présentées dans ce récapitulatif ont été respectivement acquittées et encaissées par la structure qui demande le paiement de l'aide, Certifié exact et sincère, le (date)</p> <p>Cachet et signature :</p> <p style="text-align: center;">ou</p> <p>Le représentant de la structure désigné ci-contre atteste que le Commissaire aux Comptes a bien certifié que les dépenses et les recettes présentées dans ce récapitulatif ont été respectivement acquittées et encaissées par la structure qui demande le paiement de l'aide.</p> <p>Voir récapitulatif national signé par le Commissaire aux Comptes le20.... et dont l'original a été transmis le20.. au Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt (Direction Générale de l'Enseignement et de la Recherche)</p>
	<p>Pour les OC avec une Piste de traçabilité</p> <p>Date du rapport du commissaire aux comptes :</p> <p>Date de clôture des comptes de référence</p> <p>Date de la piste de traçabilité</p>

Rapport qualitatif

Présentation

- a) Rappel des objectifs de la convention
- b) Présentation des résultats obtenus
- c) Précision sur les écarts constatés
- d) Les moyens mis en œuvre (information, appel d'offres, publicité du FEADER, site internet...)
- e) Détails qualitatifs par thème de formation, les détails suivants pourront être fournis, soit au niveau des thèmes de formation tels que prévus dans la convention attributive de subvention (socio-économique, environnement, santé/sécurité/hygiène au travail) soit au niveau de sous-thèmes tels que : limitation des intrants, biodiversité, agriculture biologique, développement durable, qualité des produits et des productions, sylvo-environnement, énergies renouvelables, connaissances des territoires, diversification, ressources humaines, MAE, Bien être animal , gestion de l'eau, comptabilité/gestion, communication

Évaluation

Objectifs communautaires (Voir notice)	Objectifs prévus	Nombre de stagiaires		Nombre d'heures stagiaires	
		Prévu	réalisé	Prévu	réalisé

Validation du maître d'ouvrage

Je certifie que les indicateurs et bilans renseignés dans ce récapitulatif sont conformes à l'opération mise en œuvre,
Certifié exact et sincère, le (date)

Nom, prénom et qualité du représentant de la structure

Cachet et signature :



UNION EUROPÉENNE
FONDS EUROPÉEN AGRICOLE
POUR LE DÉVELOPPEMENT RURAL

OC_3 - INDICATEURS DU PDRH POUR LE DISPOSITIF 111 A

Répartition des formations

<i>Secteur d'activité (voir notice)</i>	<i>Objectifs communautaires (voir notice)</i>	<i>Thème (voir notice)</i>	Nombre de participants	Nombre total de jours de formation suivis (1)

(1) Total d'heures/7

Répartition du nombre de participants à la formation

<i>Secteur d'activité (voir notice)</i>	<i>Objectifs communautaires (voir notice)</i>	<i>Thème (voir notice)</i>	Homme		Femme	
			Moins de 40 ans	Plus de 40 ans	Moins de 40 ans	Plus de 40 ans
Total						

Répartition du nombre de participants

Nombre de stagiaires ayant suivi pour la première fois une formation cofinancée par le FEADER	
Nombre de stagiaires ayant déjà suivi une autre formation cofinancée par le FEADER depuis le 01/01/2007	
Nombre de stagiaires ayant déjà suivi une autre formation cofinancée par le FEADER depuis le début de l'année	

Validation du maître d'ouvrage

Je certifie que les indicateurs et bilans renseignés dans ce récapitulatif sont conformes à l'opération mise en œuvre,

Certifié exact et sincère, le (date)

Nom, prénom et qualité du représentant de la structure

Cachet et signature :

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION

N° DOSSIER OSIRIS: _____

DATE DE RÉCEPTION : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

NOM DU BENEFICIAIRE :

SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

LIBELLE DE L'OPERATION :

DATE LIMITE POUR DEPOSER PRESENT FORMULAIRE DE DEMANDE : |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_|

ATTENTION CETTE DATE DOIT ÊTRE ANTERIEURE AU 30 JUIN 2015.