**Formulaire de bilan quantitatif, qualitatif et financier**

**Département de Seine-et-Marne**

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICATION DU DOSSIER** | |
| **Intitulé de l’opération :** | |
| **Nom du porteur :** |  |
| **Coordonnées :** |  |
| **Téléphone :** |  |
| **Personne chargée du suivi de l'opération :** | |
| **Contact :** |  |
| **Fonction :** |  |
| **Téléphone :** |  |
| **E-Mail :** |  |
| **Période prévisionnelle de réalisation :** | |
| **Coût total prévisionnel :** |  |
| **Montant de la subvention sollicitée :** | |
| **Nom de l’appel à projets :** | |

**BILAN QUALITATIF ET QUANTITATIF DE L’ACTION**

**Intitulé de l’action …………………………………………………………………………………………………**

**Description de la mise en œuvre** (contenu, calendrier, outils pédagogiques, partenaires mobilisés, communication,…) **:**

……………….

……………….

……………….

……………….

……………….

……………….

**Nombre de participants accueillis et typologie :**

**Dates et lieux de réalisation de votre action** :

**Les objectifs de l’action ont-ils été atteints au regard des indicateurs conventionnés :**

**Nombre d’intervenants effectivement consacrés à la mise en œuvre opérationnelle de l'action (dont les personnels dédiés à l’accompagnement et les personnels dédiés aux tâches administratives)** *(en ETP)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom /Fonction de l'intervenant** | **Base de dépense (Salaires annuels chargés)** | **Activité liée à l'opération (en heure)** | **Activité totale (en heure)** | **Dépenses liées à l'opération** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Total** | | | |  |

**BILAN FINANCIER**

**Compte de résultat de l’opération**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Charges** | | | |
| **Types de charges** | **Nature de la dépense** | **Modalités de calcul** | **Montant** |
| **Dépenses directes de personnel affecté à la mise en œuvre de l'opération** | | | |
| Rémunérations |  |  |  |
| Charges sociales |  |  |  |
| Autres charges |  |  |  |
| Impôts et taxes sur rémunération |  |  |  |
| **Sous total** |  |  |  |
| **Autres dépenses directes** | | | |
| Achats de fournitures et matériels non amortissables liés à l'opération |  |  |  |
| Dépenses d'amortissement des matériels liés à l'opération |  |  |  |
| Location de matériel et locaux nécessitée par l'opération |  |  |  |
| Frais de déplacement, de restauration et d'hébergement des personnels directement affectés à l'opération |  |  |  |
| Prestations |  |  |  |
| Autres |  |  |  |
| **Sous total** |  |  |  |
| **Dépenses indirectes** | | | |
| Clé de répartition obligatoire : **à préciser**  Application de la clé de répartition sur toutes les charges de la structure sauf charges de personnel | |  |  |
| **Sous total** |  |  |  |
| **Total des charges** | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Produits** | | |
| **Types de produits** | **Nature de la recette** | **Montant** |
| **Vente de produits finis, de marchandises, prestations de services** | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Sous total** |  |  |
| **Subventions d’exploitation** | | |
| État : préciser le(s) ministère(s), directions ou services déconcentrés sollicités |  |  |
| Conseil Régional |  |  |
| Conseil Départemental |  |  |
| Communes, communautés de communes ou d’agglomérations : |  |  |
| Organismes sociaux (Caf, etc. détailler) |  |  |
| Fonds européens (FSE, FEDER, etc) |  |  |
| Agence de services et de paiement (emplois aidés) |  |  |
| Autres établissements publics |  |  |
| Aides privées (fondation) |  |  |
| **Sous total** |  |  |
| **Total des produits** |  |  |

**Expliquer et justifier les écarts significatifs entre le budget prévisionnel de l’action et le budget final exécuté :**

*(des compléments pourront-être demandés ainsi que des pièces justificatives : bulletins de salaires, comptes analytiques, factures…)*

**VALIDATION**

Je soussigné(e), (nom et prénom) :

représentant(e) légal(e) de l'association :

*Si le signataire n'est pas le représentant légal de l'association, joindre le pouvoir lui permettant d'engager celle-ci.*

Certifie exactes les informations du présent compte rendu

Fait à : le :

Signature et cachet