|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | cid:image002.jpg@01D3A978.52CDE030 |  | Afficher l'image en taille réelle |

**PRÉFET DE LA MARTINIQUE**

|  |
| --- |
| **Bilan d’activité**[ ]  **Atelier Chantier d’insertion (ACI) Précisez l’opération :** [ ]  **Entreprise d’insertion (EI)**[ ]  **Entreprise de Travail Temporaire d’Insertion (ETTI)**[ ]  **Association Intermédiaire (AI)**[ ]  **Entreprise d’Insertion de travail Indépendant (EITI)****Nom de l’organisme :** |

[ ]  **Renouvellement d’annexe financière** (Demande au titre de la 2ème année sur les deux ans de convention)

[ ]  **Renouvellement de convention** (Demande au titre d’un renouvellement pour une convention arrivée à échéance)

[ ]  **Prolongation de convention** (Demande au titre d’une prolongation d’un an pour une convention arrivée à échéance)

|  |
| --- |
| **CADRE RESERVE A L’ADMINISTRATION** |
| **Date de réception du dossier****Numéro de tiers****Numéro de dossier****Service instructeur****Nom instructeur** |  |

SOMMAIRE

[I. PIECES A JOINDRE A VOTRE DOSSIER 3](#_Toc61973605)

[II. INFORMATION RELATIVE A LA SIAE 3](#_Toc61973606)

[III. BILAN DES MOYENS HUMAINS 4](#_Toc61973607)

[IV. BILAN DE L’ACTIVITE 4](#_Toc61973608)

[V. BILAN DU PROJET D’INSERTION 5](#_Toc61973609)

[VI. BILAN ECONOMIQUE ET FINANCIER 7](#_Toc61973610)

[VII. ATTESTATION SUR L’HONNEUR 10](#_Toc61973611)

La loi n° 2000-31 du 12 avril 2000 rend obligatoire la transmission d’un compte-rendu financier à l’administration qui a versé la subvention dans les 6 mois qui suivent la fin de l’exercice comptable pour lequel elle a été attribuée, y compris dans le cas où le renouvellement de la subvention n’est pas demandée.

Rappel : une structure qui perçoit 153 000€ ou plus de fonds publics est tenue de faire appel à un commissaire aux comptes pour valider les comptes annuels.

**NB : Tout dossier incomplet sera irrecevable**

**I. PIECES A JOINDRE A VOTRE DOSSIER**

***Les éléments fournis devront être cochés***

*Les pièces précédées de ce signe* « ⇨ » *ne sont à fournir qu’en cas de changement intervenu depuis la dernière transmission à la DIECCTE*.

**Dans tous les cas**

|  |  |
| --- | --- |
| Le compte de résultat et le bilan de la structure entière certifiés de l’année N-1 seront transmis au 30 juin de l’année N au plus tard *(attention, en cas de multi activités (IAE – Autres), le compte de résultats et le bilan doivent porter sur l’intégralité de la structure et non pas uniquement sur les activités liées à l’IAE)*, | [ ]  |
| Si le dossier n’est pas signé par le représentant légal de la structure, le pouvoir de ce dernier au signataire, | [ ]  |
| Votre convention et annexe en cours faisant l’objet de la demande FDI | [ ]  |
| ⇨ *L’organigramme de la structure* | [ ]  |

**Pour les associations :**

|  |  |
| --- | --- |
| *⇨ Copie de la publication au JO ou du récépissé de déclaration à la Préfecture, (si modification ou ajout)* | [ ]  |
| *⇨ Statuts, liste des membres du conseil d’administration et du bureau avec l’indication de leur situation, professionnelle* | [ ]  |
| *⇨ Le procès-verbal de l’assemblée générale de l’année n-1* | [ ]  |

**Pour les sociétés :**

|  |  |
| --- | --- |
| Dernière liasse fiscale complète, | [ ]  |
| *⇨ Extrait KBis, inscription au registre ou répertoire concerné, (si modification)* | [ ]  |

**II. INFORMATION RELATIVE A LA SIAE**

1. **Générale**
* Nom de l’organisme :

Identification du responsable de la structure *(le président ou autre personne désignée par les statuts)* :

Nom : Prénom :

Fonction : Fonction exercée depuis le :

Téléphone : Courriel **:**

* *Situation juridique*

Forme juridique :

Date de création :

Numéro de Siret : Code NAF /APE :

Numéro RNA délivré lors de toute déclaration (création ou modification) en préfecture :

Adresse du siège social :

Téléphone : Fax :

Courriel :

Site internet

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Numéro | Période | Poste conventionné |
| Convention cadre |  |  |  |
| Annexe |  |  |
| FDI obtenu sur l’opération  |  |  |
| Bilan | 1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  |  |  |

1. **Lié au conventionnement**

**III. BILAN DES MOYENS HUMAINS**

* **Les moyens humains liés à l’opération**
* Effectifs permanents

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom et Prénom | Fonction occupée | Type de contrat | ETP mensuelle | Date d’entrée | Formations suivies | Salaire annuel perçu |
| Gestion – Administration : |
| Nom 1 …. |  |  |  |  |  |  |
| Nom 2 …. |  |  |  |  |  |  |
| Nom 3 …. |  |  |  |  |  |  |
| Accompagnement social professionnel et formation : |
| Nom 1 …. |  |  |  |  |  |  |
| Nom 2 …. |  |  |  |  |  |  |
| Encadrement technique : |
| Nom 1 …. |  |  |  |  |  |  |
| Nom 2 …. |  |  |  |  |  |  |
| Autres salariés permanents (hors insertion) : |
| Nom 1 …. |  |  |  |  |  |  |
| Nom 2 …. |  |  |  |  |  |  |
| Nom 3 …. |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL ETP Salariés permanents |  |  |  |  |

* Effectifs bénévoles (Membre du Conseil d’administration)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre**  | **Fonction** | **ETP réalisé***(1 ETP = 1.820 H annuelles)* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**IV. BILAN DE L’ACTIVITE (1 page minimum)**

1. **Activité Intrinsèque**
2. **Activité structurée autour des parcours d’insertion**

**V. BILAN DU PROJET D’INSERTION**

*Axe 1 : Accueil et intégration en milieu de travail*

* *Quantitatif*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Objectif prévu** | **Réalisé**  |
|  | Nombre de salariés en insertion présents  |  |  |
| Nb d’ETP d’insertion (CDDI)  |  |  |
| Autres information : (durée hebdo de travail…..) |  |  |
| Part des Femmes dans les salariés en insertion |  |  |
| Part des Jeunes (-26 ans) dans les salariés en insertion |  |  |
| Part des Seniors (+50 ans) dans les salariés en insertion |  |  |
| Part des salariés de faible niveau (Niveau de formation Vbis et VI : inférieur au CAP-BEP) |  |  |
| Part des demandeurs d’emploi de plus de deux ans (Inscrits ou non à Pôle Emploi) |  |  |
| Part des Bénéficiaires du RSA socle dans les salariés en insertion  |  |  |
| Part des Bénéficiaires de l’ASS dans les salariés en insertion |  |  |
| Part des salariés reconnus TH dans les salariés en insertion |  |  |
| Part des salariés résidents QPV dans les salariés en insertion |  |  |
| Part des salariés en insertion qui résident dans un autre département que celui de la SIAE  |  |  |
| Part des salariés en insertion recrutés en 2016 orientés vers votre SIAE par Pôle Emploi  |  |  |
| Autres………. |  |  |

* *Qualitatif*

|  |
| --- |
| *Préciser le* ***public ciblé*** *:***- Comment avez-vous recruté les publics ciblés ? (Partenariat)****- Quelles sont les difficultés rencontrées pour recruter les ciblés ?** |

**Décrivez les actions mises en place  au regard de l’axe 1 du projet d’insertion:**

*Axe 2 : Accompagnement social et professionnel et encadrement technique*

* *Quantitatif*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Objectif prévu** | **Réalisé**  |
| Taux d'accompagnement social des Salariés en Insertion |  |  |
| Taux d'accompagnement professionnel des Salariés en Insertion |  |  |
| Part des Salariés en Insertion bénéficiaires d'une TRE |  |  |
| Part des Salariés en Insertion bénéficiaires d'une aide au projet professionnel |  |  |
| Part SI ayant accédé à une prestation Pôle Emploi |  |  |
| Part de salariés ayant réalisé une période de mise en situation professionnelle – PMSMP (Décret du 13 novembre 2014) |  |  |
| Autres………. |  |  |
| Ratio ETP permanents Accomp-encadr-form / ETP SIPermanents de la SIAE et mis à dispo / prestataires |  |  |
| Autres………. |  |  |

* *Qualitatif*

*ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET PROFESSIONNEL*

|  |
| --- |
| *-* ***Moyens et ressources mobilisés*** *(méthodes, outils, personnes ressources,…) :** ***Actions menées***

*-* ***Analyse des actions*** *(valeur ajoutée, difficultés) :* |

*ENCADREMENT TECHNIQUE*

|  |
| --- |
| *-* ***Moyens et ressources mobilisés**** ***Actions menées***

*-* ***Analyse des actions*** *(valeur ajoutée, difficultés) :* |

**Décrivez les actions mises en place au regard de l’axe 2 du projet d’insertion**

*ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET PROFESSIONNEL*

*ENCADREMENT TECHNIQUE*

*Axe Formation des salariés en insertion*

* *Quantitatif*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Objectif prévu** | **Réalisé**  |
| Part des salariés en insertion ayant suivi une formation |  |  |
| Part des salariés en insertion ayant suivi une formation d’adaptation au poste |  |  |
| Part des salariés en insertion ayant suivi une formation de remise à niveaux |  |  |
| Part des salariés en insertion ayant suivi une formation pré-qualifiante |  |  |
| Part des salariés en insertion ayant suivi une formation qualifiante |  |  |
| Autres………. |  |  |

* *Qualitatif*

|  |
| --- |
| *-* ***Moyens et ressources mobilisés**** ***Actions menées***

*-* ***Analyse des actions*** *(valeur ajoutée, difficultés) :* |

**Décrivez les actions mises en place au regard de l’axe 3 du projet d’insertion pour la formation au poste et relative au métier visé ou CQP**

*Axe transversal : Placement / Sortie*

* *Quantitatif*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Objectif prévu** | **Réalisé**  |
| Rappel du nombre de sorties prises en compte pour le Dialogue de gestion |  |  |
| Part des sorties en emploi durable (1) |  |  |
| Part des sorties en emploi de transition (2)  |  |  |
| Part des sorties positives (3) |  |  |
| Part des sorties autres (4) |  |  |
| Part des sorties dynamiques (=1+2+3) |  |  |
| Autres (chômage, maladie, sans nouvelles)………. |  |  |

* *Quantitatif*

|  |
| --- |
| *-* ***Préciser les*** *secteurs d’activité, type d’entreprises, formation qualifiante… :**-* ***Actions spécifiques de la structure*** *(méthodes, outils, personnes ressources,…) :**-* ***Analyse  de la valeur ajoutée et des difficultés :*** |

**Décrivez les perspectives d’amélioration du taux de sortie :**

**VI. BILAN ECONOMIQUE ET FINANCIER**

* 1. Stratégie économique employée et chiffe d’affaire
	2. Difficultés rencontrées (économique et financière)
	3. Compte de résultat réalisé
* **BUDGET REALISE DE LA STRUCTURE - Exercice année N-1**



* **BUDGET REALISE DE L’ACTION - Date de début- date de fin année N-1**



**VII. ATTESTATION SUR L’HONNEUR**

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

Je soussigné(e), .......................................................... (nom et prénom) représentant(e) légal(e) de l’association, certifie que :

- L’association est régulièrement déclarée,

- L’association est en règle (ou procédure de moratoire) au regard de l’ensemble des déclarations sociales et fiscales, ainsi que des cotisations et paiements correspondants,

1. - Les informations du présent dossier sont exactes et sincères,

Date :

Signature du représentant légal

Cachet de la SIAE