

**Programme départemental d’insertion VERS L’EMPLOI**

# Direction de la Vie Sociale

Service Insertion vers l’Emploi

DOSSIER DE CANDIDATURE

(Fiches action hors FSE)

**INTITULE DE LA FICHE ACTION :**

**Nom DE l’ORGANISME :**

**pERSONNe À contacter :**

(nom et fonction)

**coordonnées :**

(adresse, tél., e-mail)

**COUT TOTAL PREVISIONNEL DE l’ACTION :**

**MONTANT TOTAL DE LA SUBVENTION SOLLICITEE :**

**NOMBRE DE PLACES D’ACCOMPAGNEMENT :**

**Ne pas remplir : réservé aux services du Département**

* Dossier reçu le :
* Territoire concerné :
* Suivi par :
* Période prévisionnelle d’exécution du projet : du 1er janvier 2026 au 31 décembre 2026

**SOMMAIRE :**

**PARTIE 1 : IDENTIFICATION ET ENGAGEMENT DU PORTEUR DE PROJET**

A – PIECES CONSTITUTIVES DU DOSSIER

B – PARTIE ADMINISTRATIVE RESERVEE AUX ASSOCIATIONS OU AUX GIP

PRESENTATION DE L'ASSOCIATION OU DU GIP

RENSEIGNEMENTS D’ORDRE ADMINISTRATIF ET JURIDIQUE

C – PARTIE ADMINISTRATIVE RESERVEE AUX ENTREPRISES

PRESENTATION DE L’ENTREPRISE

RENSEIGNEMENTS D’ORDRE ADMINISTRATIF ET JURIDIQUE

D – SITUATION FINANCIERE DU PORTEUR DE PROJET

E – MOYENS HUMAINS DE L'ORGANISME

* Engagement et signature
* Attestation de délégation de signature du ou de la représentant(e) légal(e) de l’organisme

#### **PARTIE 2 : LA PROPOSITION :** descriptif du projet

1. EXPERIENCES DE L'ORGANISME EN MATIERE D'INSERTION
2. Objet et principaux objectifs de l'organisme
3. Principales réalisations récentes
4. Contexte local
5. NOTE METHODOLOGIQUE : démarche et contenu pédagogique
6. Objectifs opérationnels en lien avec les besoins du Département en les hiérarchisant
7. Modules/étapes mis en œuvre et déroulement
8. Indicateurs de résultats prévisionnels et sources de vérification
9. Conditions de réalisation du projet
   1. Locaux affectés au projet
   2. Périodes
   3. Moyens pédagogiques affectés au projet
   4. Equipe pédagogique affectée au projet
   5. Autres personnels affectés au projet
   6. Intervenants extérieurs affectés au projet
10. Suivi et évaluation des allocataires

**PARTIE 1 : IDENTIFICATION ET ENGAGEMENT**

**DU PORTEUR DE PROJET**

**A – PIECES CONSTITUTIVES DU DOSSIER : DOCUMENTS ADMINISTRATIFS ET FINANCIERS A FOURNIR**

Documents administratifs

1/ Statuts de l’organisme

2/ Récépissé de déclaration en Préfecture

3/ K bis pour les entreprises, ou toute copie de l’acte constitutif pour les autres organismes (GIP, établissement public, …)

4/ Nom et adresse du chef d’entreprise ou du représentant légal

5/ Délégation de signature

6/ Liste des membres du Conseil d’Administration et du Bureau, ou liste des associés pour les sociétés

7/ Rapport de la dernière assemblée générale

8/ Rapport d’activité de l’année antérieure approuvé par le Conseil d’Administration

9/ Document de présentation de la structure

10/ Organigramme nominatif de l’organisme

11/ Le tableau récapitulatif de la Déclaration Sociale Nominative (DSN)

12/ Curriculum vitae des personnels affectés au projet

13/ Attestation de l’URSSAF datée de l’année en cours justifiant de la régularité des paiements des cotisations sociales par l’organisme

14/ Attestation justifiant de la régularité de la situation fiscale et parafiscale, établie par l’organisme et sous sa responsabilité, au sens des articles 41 et 55 du Code des marchés publics

15/ Attestation de non-assujettissement à la TVA

16/ Contrat d’engagement Républicain dument rempli et signé

Documents financiers

17/ **Rapport financier de deux dernières années incluant le bilan et le compte de résultat ainsi que le rapport de l’assemblée générale ayant approuvé les comptes,** et toutes les annexes. Le cas échéant le rapport du commissaire aux comptes sur les comptes annuels.

18**/ Budget global prévisionnel de l’année en cours de la structure**

19/ **Budget prévisionnel du projet incluant le détail des salariés et intervenants sur l’action, les clés de répartition pour les dépenses indirectes** selon le modèle joint sur tableau Excel « annexes techniques et financières »

20/ Documents attestant de **l’engagement des cofinanceurs publics sollicités** (convention, arrêté ou lettre d’intention des cofinanceurs selon le modèle en annexe) comprenant *a minima* l’identification de l’opération, le montant de la subvention sollicitée, le coût total de l’opération proposée au cofinancement et le délai prévu pour la décision du cofinanceur.

21/ RIB

**L’ensemble des documents devra être numéroté.**

**La non-réception des documents financiers pourra entraîner un rejet du dossier.**

**B – PARTIE ADMINISTRATIVE RESERVEE AUX ASSOCIATIONS OU AUX GIP**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PRESENTATION DE L'ASSOCIATION OU DU GIP** | | | |
|  | | | |
| **Nom de l’association ou du GIP** | | |  |
| **Sigle de l’association ou du GIP** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objet de l’association ou du GIP**  (tel qu’indiqué dans les statuts) |  | | |
| **Adresse du siège social**  (tel qu’indiqué au J.O.) |  | | |
| **Téléphone** |  |  |  |
| **E-mail** |  | **Site Internet** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nom** | **Adresse** | **Code Postal** | **Ville** | **Téléphone** |
| **Président(e)** |  |  |  |  |  |
| **Trésorier(e)** |  |  |  |  |  |
| **Secrétaire** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Directeur /**  **Directrice** |  |  |  |  |  |

**Personne chargée du suivi du projet**  Cette personne sera considérée par le Service insertion comme le référent de votre organisme

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom et prénom |  | |
| Fonction dans l’organisme |  | |
| Adresse postale |  | |
| Téléphone | **🖀** | **🖨** |
| E-mail |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS D’ORDRE ADMINISTRATIF ET JURIDIQUE** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Date de Création de l’association ou du GIP |  |  | Votre organisme est-il reconnu d’utilité publique (RUP) ? □ Oui □ Non | | |
|  |  |  |  | |  | |
| n° Récépissé |  |  | Date de reconnaissance de la RUP |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
| n° SIRET |  |  | Code APE (NAF) |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Votre organisme dispose-t-il d’un agrément (DDJS, DRIEETS,…) ? | | □ Oui | □ Non |
| Si oui, merci de préciser lesquels dans le tableau ci-dessous : | | | |
| Type d’agrément | Attribué par : | | | | Date d’obtention |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Votre organisme est-il assujetti à la TVA pour le projet ? | □ Oui | □ Non |
| ***si non ou partiellement, joindre tout document attestant de ce non-assujettissement (attestation fiscale ou autre)*** | | |

|  |
| --- |
| **Nombre d’adhérents : ………..** |
| **Montant de la cotisation : …… €** |
| **Composition du Conseil d’Administration : …… membres** |

**C – PARTIE ADMINISTRATIVE RESERVEE AUX ENTREPRISES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PRESENTATION DE L’ENTREPRISE** | | | |
|  | | | |
| **Nom de l’entreprise** | | |  |
| **Sigle de l’entreprise** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objet social de l’entreprise** |  | | |
| **Adresse du siège social** |  | | |
| **Téléphone** |  |  |  |
| **E-mail** |  | **Site Internet** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nom** | **Adresse** | **Code Postal** | **Ville** | **Téléphone** |
| **Président(e)** |  |  |  |  |  |
| **Directeur** |  |  |  |  |  |

**Personne chargée du suivi du projet**  Cette personne sera considérée par le Service insertion comme le référent de votre organisme

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom et prénom |  | |
| Fonction dans l’organisme |  | |
| Adresse postale |  | |
| Téléphone | **🖀** |  |
| E-mail |  | |

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS D’ORDRE ADMINISTRATIF ET JURIDIQUE** |

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale de l’entreprise |  |
| Date de création de l’entreprise |  |
| Code INSEE |  |
| N° SIRET |  |
| code NAF (APE) et activité |  |
| N° d’inscription au registre du Commerce (ou au registre des métiers) |  |

**D – SITUATION FINANCIERE DU PORTEUR DE PROJET**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Années | Bilan  (total Actif) | Compte de résultats | | Situation de trésorerie à la fin de l’exercice |
| Total charges | Résultat  (ou provisions) |
| N – 1 2 | € | € | € | € |
| N - 2 | € | € | € | € |
| N - 3 | € | € | € | € |

Provisions : pour les associations (hors provisions obligatoires).

2 Dernier exercice clôturé

**Renseignements à remplir pour les entreprises ou toute entité exerçant une activité économique ou commerciale concurrentielle régulière et que le projet relève de cette activité.**

Aides publiques déjà obtenues : liste des aides reçues d’organismes publics (Union européenne, Etat, collectivités locales, …), quelle que soit leur forme : subventions, bonifications d’intérêt, exonérations fiscales, apport en nature, … et obtenues au cours des 3 dernières années :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Années** | | |  | |  | |  | |
| **Type de financeur** | **Financeur** | **Objet de l’aide** | **€** | **%** | **€** | **%** | **€** | **%** |
| Union européenne |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Etat |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Région |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Département |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Autres collectivités locales |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Autres organismes publics |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Détailler une ligne par organisme financeur lorsqu’il en existe plusieurs par type de financement : ex : pour « autres collectivités locales » compléter une ligne pour la commune A, Commune B, Communauté d’agglomération C, etc.*

**N° de compte bancaire de l’organisme**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Clé RIB** |

**Code banque**

**Code guichet**



**Nom et coordonnées de l’établissement bancaire**

**E – MOYENS HUMAINS DE L'ORGANISME**

|  |
| --- |
| Vous indiquerez le nombre de personnes participant à l’activité globale de votre organisme à la date de la constitution du dossier de candidature.  Nombre total de salariés permanents participant à l’activité globale :  Salariés en CDI Salariés en CDD Autres  Salariés en contrats aidés Bénévoles |
| Précisez ci-dessous le nombre d’ETP dédié au projet |
|  |
|  |
| Autres informations concernant les moyens humains que vous souhaitez indiquer |
|  |

Etes-vous affilié à une convention collective ? Si, oui, laquelle………………………………………………

Etes-vous affilié à un réseau pédagogique ? Si, oui, lequel……………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Assurances** | | | |
| Nom et adresse de votre assurance : |  | | |
| Votre assurance garantie-t-elle votre responsabilité à l’égard des tiers en cas d’accidents ou de dommages causés par la conduite des prestations ou les modalités de leur exécution ? | | Oui | Non |
| Votre assurance couvre-t-elle les risques liés à l’occupation de locaux, y compris lorsque votre organisme utilise des locaux appartenant à une collectivité locale ? | |  |  |
| Votre assurance couvre-t-elle les risques liés à l’organisation de manifestations accueillant du public ? | |  |  |

**ENGAGEMENT ET SIGNATURE**

Je soussigné [*nom, prénom et qualité du représentant légal ou de son délégataire*], en qualité de représentant légal de l’organisme bénéficiaire désigné dans le présent dossier, ayant qualité pour l’engager juridiquement, sollicite une subvention du Conseil départemental du Val d'Oise pour un montant de [*montant*] euros pour la réalisation du projet [*intitulé du projet*] désigné et décrit dans le présent dossier de demande de subvention.

Je certifie l’exactitude des renseignements indiqués dans le présent dossier.

J’atteste sur l’honneur la régularité de la situation fiscale et sociale de l’organisme que je représente.

A le,

[Nom, prénom, qualité du représentant légal   
(ou de son délégataire) et signature

et cachet de l’organisme

**ATTESTATION DE DELEGATION DE SIGNATURE DU OU DE LA REPRESENTANT(E) LEGAL(E)**

**A *compléter si le ou la représentant(e) légal(e) de l’organisme souhaite déléguer sa signature***

Je soussigné(e), [*nom, prénom et qualité du ou de la représentant(e) légal(e)*], en qualité de représentant(e) légal(e) de [*nom de l’organisme bénéficiaire qui sollicite* une subvention du Conseil départemental du Val d'Oise*, désigné dans le présent dossier*], ayant qualité pour l’engager juridiquement, atteste qu’une délégation de signature est donnée à [*nom, prénom et qualité du délégataire*], à l’effet de signer tout document nécessaire à la mise en œuvre de l’opération décrite dans la présente demande de subvention, à son suivi administratif et financier et tout document sollicité par les instances habilitées au suivi, à l’évaluation et au contrôle de la subvention du Conseil départemental du val d’Oise.

Les documents signés en application de la présente délégation de signature, comporteront la mention « pour le (ou la) représentant(e) légal(e) et par délégation ».

Je m’engage à faire connaître toute limitation apportée à cette délégation de signature.

|  |  |
| --- | --- |
| [nom, prénom, qualité et signature **du délégataire**] | Date :  [nom, prénom, qualité **du ou de la représentant(e) légal(e),** signature et cachet de l’organisme bénéficiaire] |



#### **PARTIE 2 : LA PROPOSITION**

**Descriptif du projet**

**Nom DE l’ORGANISME :**

**INTITULE DE LA FICHE ACTION :**

**NOMBRE DE PLACES : …..**

***…. Allocataires du RSA dont…. Femmes***

***…. Jeunes 18-25 ans dont ………..Femmes***

**LIEU DU PROJET :**

NB : compléter votre présentation avec l’annexe technique et financière

**A – EXPERIENCES DE L'ORGANISME EN MATIERE D'INSERTION**

**1. Objet et principaux objectifs de l'organisme** (en 20 lignes maximum)

**2. Principales réalisations récentes** (en 20 lignes maximum)

**3. Contexte local (**Identification des besoins spécifiques du territoire auxquels le projet veut répondre ; intégration du projet dans le tissu social du territoire et partenariat mobilisé et/ou à développer – clientèle, réseau) **-** en 20 lignes maximum

**B – NOTE METHODOLOGIQUE**

**Démarche et contenu pédagogique** (30 lignes maximum)

1. Préciser les objectifs opérationnels en lien avec les besoins du Département en les hiérarchisant :

2. En lien avec les objectifs opérationnels énoncés, décrivez les modules mis en œuvre et leur déroulement (réalisations concrètes, quantifiées, planifiées)

3. Au regard de ces objectifs, préciser les indicateurs de résultats prévisionnels et leurs sources de vérification (selon la fiche action correspondante)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Objectifs opérationnels** | **Engagements pour l’emploi**  **Indicateurs de résultat prévisionnel en %** | **Sources de vérification** |
| Exemple : Nombre d’orientation sur des parcours visant la construction ou la réalisation d’un projet professionnel adapté |  |  |
| Nombre de personnes ayant eu un emploi aidé |  |  |
| Nombre de personnes ayant eu un emploi de droit commun |  |  |
| Nombre de personnes ayant intégré une formation |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre d’allocataires du RSA insérés dans l’emploi au terme de la convention\*** | **………………sorties Emploi et Formation**  **soit …….% du total des places d’accompagnement proposé.** |

**\***le solde de la participation financière du Département sera versé en tout ou partie en fonction du nombre d’allocataires du RSA effectivement mis en emploi ou ayant accédé à la formation.

4. Conditions de réalisation du projet

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4.1 Locaux affectés au projet** | | | |
| \*Type d’occupation : | Propriétaire | |  |
| Locataire | |  |
| Mise à disposition  Si oui, par qui ……………………………………… | |  |
|  |  | |  |
| Moyen(s) d’accès aux locaux : | Bus |  | |
| SNCF |  | |
| Autres |  | |

**\* Fournir un planning hebdomadaire d’utilisation des locaux affectés au projet sur lequel vous vous positionnez et des autres actions mises en œuvre par votre structure.**

|  |  |
| --- | --- |
| **4.2 Périodes** | |
| Période de déroulement du projet | Du 1er janvier 2026 au 31 décembre 2026 |
| Périodes de fermetures annuelles |  |
| Date de clôture de votre exercice comptable |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4.3 Moyens pédagogiques affectés au projet** | | | |
| Nature et type *(poste informatique, télévision, vidéoprojecteur, caméra, magnétoscopes, logiciels, ….)* | Nombre | Temps d’utilisation pendant le projet | Observations |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.4 Equipe pédagogique affectée au projet** | | | | | | |
| Noms | Temps de travail au sein de l'organisme (en ETP) | Temps de travail consacré au projet (en ETP) | Statut | Fonction et domaine d’intervention dans le projet | Diplôme et formation pédagogique | Ancienneté |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.5 Autres personnels affectés au projet** *(accueil, gestion administrative, agent d’entretien,….)* | | | | | | |
| Noms | Temps de travail au sein de l'organisme (en ETP) | Temps de travail consacré au projet (en ETP) | Statut | Fonction et domaine d’intervention dans le projet | Diplôme et formation pédagogique | Ancienneté |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.6 Intervenants extérieurs affectés au projet** | | | | | | |
| Noms | Temps de travail au sein de l'organisme (en ETP) | Temps de travail consacré au projet (en ETP) | Statut | Fonction et domaine d’intervention dans le projet | Diplôme et formation pédagogique | Ancienneté |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

5. Suivi et évaluation des allocataires : système et outils mis en place pour suivre, encadrer et évaluer le bénéficiaire pendant et en fin d'action\*

* **Méthodologie**
* **Outils**

\* Joindre les outils pédagogiques utilisés (feuilles d'émargement individuelle et collective, fiche de synthèse ….)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Documents élaborés en fin d’action pour l ‘évaluation du bénéficiaire : | Attestation(s) : |  |
| Bilan(s) individuel(s) : |  |
| Autres : |  |



**ANNEXE 2 : FICHE TECHNIQUE**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de la fiche action** | |  |  |  | **Emplacement LOGO Structure** | |
| FICHE TECHNIQUE | | |
| Nom de la structure | | |
|
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | | | | |
| **OBJECTIF** |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Pour qui ?** | X places pour des allocataires du RSA | | | | | |
|
|  |  |  |  |  |  |  |
| **DISPOSITIF** | **DESCRIPTIF PEDAGOGIQUE :** | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |
|
|
|
|
|  | **LIEUX D'ACCUEIL :** | |  |  |  |  |
|  | **Horaires d'ouverture:** | |  |  |  |  |
|  | **Périodes de fermeture:** | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **CALENDRIER :** |  | du 1er janvier 2026 au 31 décembre 2026 | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Responsable:** |  | | | Tél.: |  |
|  | **Référent :** |  | | |  |  |
|  | **Adresse:** |  | | | Mail.: |  |
|  |  |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |