##### Annexe 2.2 – Dossier projet type : Dépôt d’un projet

##### Dispositif « Formation des futurs apiculteurs »

**Campagne apicole : 01/01/……... – 31/12/……..**

**Formation des futurs apiculteurs (CFPPA)**

**1-RENSEIGNEMENTS GENERAUX**

**La structure demandeuse est le CFPPA (celui qui réalise les actions) même si c’est le responsable de l’EPLEFPA qui signe la convention**

DEMANDEUR :

CFPPA de

N° SIRET :…………………………………………………..

Adresse postale :

Code Postal – Ville :

RESPONSABLES DU PROJET:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Directeur-trice** | **Responsable administratif et financier** |
| Nom, Prénom |  |  |
| Fonction |  |  |
| Téléphone |  |  |
| E-mail |  |  |

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CFPPA

* **Nombre de salariés :…………**
* Fonctionnaire :…………...
* Titulaires :…………………
* Vacataires :………………..
* **Nombre total d’ETP : ………….**
* **Nombre de stagiaires inscrits pendant l’année N-1:**
* BPREA option apiculture (sur site) :…………
* BREA option apiculture (en FOAD) :…………
* Titre en apiculture :……………………………..
* Spéciation en apiculture :………………………
* **Nombre de stagiaires inscrits au titre de l’année N concernée par la demande d’aide :**
* BPREA option apiculture (sur site) :………..
* BREA option apiculture (en FOAD) :……….
* Titre en apiculture :……………………………
* Spéciation en apiculture :……………………..
* **Constitution du rucher pédagogique :**
* Nombre de colonies déclarées en N-1 :……………………
* Démarche spécifique (AB ou IGP par exemple) :……………………….
* Matériel de transhumance :…………………………….
* Matériel de miellerie :…………………………
* **Formations sanitaires :**
* Les formations relatives aux bonnes pratiques sanitaires sont assurées :
* Par un salarié de l’établissement (1) : OUI 🞏 NON🞏
* Par un prestataire externe (2) : OUI 🞏 NON 🞏

(1) si « oui », préciser les nom et prénom du salarié, son statut au sein de l’établissement (titulaire, CDD, vacataire) et son niveau de formation

(2) si « oui », préciser la raison sociale du prestataire

* les formations relatives aux bonnes pratiques sanitaires sont :

🞏 des formations théoriques d’une durée minimale de …….heures

🞏 des formations pratiques sur le rucher pédagogique d’une durée minimale de ………heures

🞏 des formations pratiques délivrées pendant les stages sur exploitation

**2-SUBVENTION DEMANDEE**

Coût du projet déposé : ………………………….€

Montant du financement demandé dans le cadre du PSN : ……………………………€

Dont part européenne sur crédits FEAGA (50% des dépenses) : …………………………...€

Dont crédits nationaux (50% des dépenses) : ………………….………..€

**4-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PROJET**

Thématiques concernées :

|  |  |
| --- | --- |
| **Thématiques** | **Le programme comprend ces thématiques OUI/NON** |
| L’ingénierie des formations, la conception des modules de formation, la réalisation des supports de formation |  |
| L’animation des séquences pédagogiques |  |
| Le développement du rucher pédagogique : ruches/ruchettes, cadres, hausses, essaims/reines,... |  |
| L’acquisition de matériel pédagogique : petits matériels apicoles, matériel pour la transformation des produits de la ruche |  |
| L’acquisition d’ouvrages de références, l’abonnement à des magazines spécialisés en apiculture |  |
| Des prestations de service pour des interventions techniques spécifiques et notamment sur les bonnes pratiques sanitaires apicoles |  |
| Autres thématiques [A préciser] |  |

**Description detaillée du projet (maximum 3 pages)**

1. **Situation du sujet, contexte régional**
2. **Objectifs du projet**
3. **Actions à mettre en œuvre et, pour chaque action, les moyens mobilisés (catégories de dépenses)**

*Exemple :*

*Action = « Organisation d’un séminaire scientifique et technique autour de la santé de l’abeille »*

*Moyens mobilisés :*

* *Intervenants extérieurs (prestations de service)*
* *Location de salle de réunion (prestation de service)*
* *Location d’un bus avec chauffeur (prestation de service)*
* *Coûts internes d’organisation « Frais de personnel)*

1. **Calendrier de réalisation des actions composant le programme (sous la forme d’un tableau)**

*Exemple :*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Mois de l’année*** | ***Action 1*** | ***Action 2*** | ***Action 3*** | ***Etc…*** |
| ***Janvier*** |  | ***X*** |  |  |
| ***Février*** |  | ***X*** |  |  |
| ***Mars*** |  |  |  |  |
| ***Avril*** |  |  | ***X*** |  |
| ***Mai*** | ***X*** |  | ***X*** |  |
| ***etc.*** |  |  | ***X*** |  |

1. **Partenariats**

* Partenaires techniques impliqués dans la réalisation du projet
* Partenaires financiers

1. **Perspectives et critères d’auto-évaluation (30 lignes max)**
2. **Résultats attendus :**

* Résultats attendus ;
* Difficultés que pourrait rencontrer le projet et moyens d’y répondre ;

1. **Evaluation :**

Indicateurs permettant d’évaluer les résultats

Ex : Nombre de stagiaires inscrits, nombre de stagiaires ayant obtenu le diplôme (décliné par formation)