**Aide Non-Remboursable aux Micro-Projets Locaux (APL)**

**« Formulaire de demande »**

|  |
| --- |
| Avis important!! : 1. Avant de remplir le formulaire de demande, veuillez lire attentivement **« GUIDE DE DEMANDE DE SUBVENTION »**  afin de bien comprendre les exigences des projets APL.

2．Remplissez soigneusement tous les champs du formulaire en respectant les consignes. Merci de ne pas modifier les rubriques du formulaire. Tout formulaire illisible, inéligible, manuscrit ou incomplet sera refusé. Vous pouvez modifier la taille du cadre, mais gardez tout dans les 6 pages. |

Date de Demande : (DATE/MOIS/20XX)

|  |
| --- |
| 1. **INFORMATION DE BASE**
 |
| * 1. **ORGANISME DEMANDEUR**
 |
| 1. Nom de l'organisme demandeur
 |  |
| 1. Adresse de l’organisme
 |  |
| (3) Année de　l’établissement | Année et date de légalisation : ( / / ) (Enregistrement au ministère de l'Intérieur ou Ministère de Tutelle ) |
| (4) Numéro de compte bancaire au nom de l’organisme : |  |
| (5) Type d’organisme | ☐ONG locale ☐ONG internationale ☐Association ☐Collectivités locales (communes) ☐Établissements médicaux -(☐ publique / ☐ privée)☐Établissement éducatifs -(☐ publique / ☐ privée)☐Autre (précisez : ) |
| (6) Contacts et adresse | ①Nom du Représentant :　　 Téléphone 1 : (Téléphone 2): E-mail : Adresse du bureau :  |
| ②Nom du responsable du projet [Personne directement en charge de ce projet] :Téléphone 1 : (Téléphone 2): E-mail : Adresse du bureau : |
| (7) Nombre de membres : |  |
| (8) Objectifs et Activités principales de votre organisme (Citer les activités article par article)\*La description ne doit pas dépasser un tiers d’une page. | 1)Objectifs : 2)Activités principales (Domaine et Zone d’intervention, Groupes cibles) :  |
| (9) Projets actuels actifs (Citer les projets article par article. \*5 projets au maximum ) |  |
| **1.2. SITUATION FINANCIERE** |
| 1) Votre organisme a-t-il déjà bénéficié d’une assistance financière ou technique de la part de gouvernements étrangers, d’organisations internationales ou d’ONG ? *(Si oui, veuillez fournir ci-dessous les détails sur la nature et le contenu de cette assistance).*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Année | Nom du projet | Bailleur | Montant (USD) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

2) Bilan des recettes et des dépenses de l’organisation pour les deux dernières années.*(Veuillez remplir les tableaux ci-dessous ou joindre les bilans au formulaire. La Commune est priée de présenter le compte administratif des deux dernières années. Si nécessaire, vous pouvez ajouter des rubriques dans les tableaux.)*Année : 2022

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Recettes | Montant | Dépenses | Montant |
| Soldes reportés de l’année précédente |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Total (A) |  | Total (B) |  |

Excèdent (ou Déficit) =(A)-(B)= USDAnnée : 2023

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Recettes | Montant | Dépenses | Montant |
| Soldes reportés de l’année précédente［(A)-(B)］ |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Total (C) |  | Total (D) |  |

Excédant (ou Déficit) = (C)-(D)= USD1. Avez-vous des « Biens immobiliers » ?

*Si « Oui », Veuillez Lister les biens en précisant leur superficie en mètres carrés (m²) ainsi que leur valeur en USD.*-- |
| **2. INFORMATION DE BASE DU PROJET** |
| **2.1. TITRE ET APERCU DU PROJET** |
| 1. Titre du projet
 |  |
| 1. Résumé du projet
 |  |
|   | (en quatre lignes maximum)  |
| (3) Montant totale du coût du projet |  |
| (4)Durée du projet(12 mois maximum) |  |
| **2.2. DETAILLE DU PROJET** |
| SECTEUR DU PROJET　 | \*Vous pouvez choisir plusieurs secteurs.☐Éducation ☐Santé ☐Agriculture, élevage, ☐Eau ☐Environnement ☐Autonomisation des femmes ☐Véhicules ( ex, ambulances) ☐Déminage ☐Autre (précisez : ) |
| TYPE DE LA RÉALISATION | ☐Construction ☐Construction＋Equipement ☐Réhabilitation ☐Réhabilitation＋Equipement ☐Equipement ☐Autres (précisez : ) |
| Site et bien immobiliers : | **Site du projet :**

|  |  |
| --- | --- |
| Province |  |
| Département, territoire… |  |
| Commune |  |
| Quartier |  |
| Avenue |  |
| Distance de la ville la plus proche |  |

1. Distance et heure d’Ambassade du japon :

 km, heures1. Votre organisation est-elle propriétaire du site du projet ?

☐ Oui ☐ Non |
| Bénéficiaires ciblés (Préciser) : |  |
| Nombre estimé de bénéficiaires :  | Directs : / Indirects : |

Répondez si le secteur du projet est dans l’éducation, la santé ou l’eau. **Vous pouvez supprimer les cadres qui ne s’appliquent pas.**

|  |
| --- |
| **Projet d’éducation** |
| 1. L’école est : ☐ Privée ou ☐ Publique .
2. Détails des données numériques actuelles *(Veuillez compléter le tableau ci-dessous. Supprimez les lignes inutiles si nécessaire.)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Niveau d’étude | Nombre d’élèves | Nombre de classes | Frais scolaire par an (USD) |
| 1ère Maternelle |  |  |  |
| 2ème Maternelle |  |  |  |
| 3ème Maternelle |  |  |  |
| 1ère Primaire |  |  |  |
| 2ème Primaire |  |  |  |
| 3ème Primaire |  |  |  |
| 4ème Primaire |  |  |  |
| 5ème Primaire |  |  |  |
| 6ème Primaire |  |  |  |
| 7ème EDB |  |  |  |
| 8ème EDB |  |  |  |
| 1ère Humanités |  |  |  |
| 2ème Humanités |  |  |  |
| 3ème Humanités |  |  |  |
| 4ème Humanités |  |  |  |
| TOTAL |  |  |  |

1. Evolution du nombre d’élèves au cours des 3 dernières années

|  |  |
| --- | --- |
| Année | Nombre d’élèves |
| 2021 |  |
| 2022 |  |
| 2023 |  |

1. Nombre actuel d'enseignants : ……………………
2. Distance de l’école la plus proche : ………………….. Km (*Nom de l’école :………………….)*
3. Nombre de l’écoles dans la commune : ………………….
4. Bureau de l’éducation ayant juridiction sur votre école :

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Coordonnées : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Projet de Santé** |
| 1. Le Centre de Santé / hôpital est :

☐ Privée ☐ Publique.1. Détails des données numériques actuelles.

*(Veuillez compléter le tableau ci-dessous et supprimer les lignes inutiles si nécessaire.)*

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de médecins |  |
| Nombre d’infirmières |  |
| Nombre de lits |  |
| Nombre d’accouchement par mois |  |
| Zone de captage |  |
| Population de la zone de captage |  |
| Frais de consultation |  |

1. Evolution du nombre de patients au cours des 3 derniers mois

|  |  |
| --- | --- |
| Mois | Nombre de patients |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. 3. Y a-t-il de l'électricité ?

[ ] Oui [ ] Non1. Y a-t-il de l'eau ?

[ ] Oui [ ] Non6) Année de construction de l’établissement  : ………………………..7) Distance au Centre de Santé le plus proche:...……………………...km1. Bureau de la Zone de Santé ayant juridiction sur votre Centre de Santé :

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Coordonnées : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Projet d’Approvisionnement en Eau** |
| 1. Distance de la source d’eau la plus proche : ………………………Km
2. Existe-t-il un forage ? [ ]  Oui [ ]  Non
 |

|  |
| --- |
| 3. **Description de la situation actuelle et du projet** |
| 3.1. Problèmes et défis actuels*Décrivez les problèmes et défis auxquels la communauté ou l’organisme demandeur est actuellement confronté.* |
|  |
| 3.2. Efforts de la communauté ou de l’organisme demandeur*Précisez les actions déjà entreprises par l’organisme demandeur ou la communauté locale pour tenter de résoudre les problèmes identifiés ci-dessus.* |
|  |
| 3.3. Contribution attendue du projet *Comment le projet permettra-t-il de résoudre les problèmes identifiés ? (Impacts attendus du projet sur le groupe cible)Décrivez les changements qualitatifs et quantitatifs prévus chez les bénéficiaires sur une période de cinq ans. (Changements concrets après exécution du projet)* |
|  |
| 3.4 Objectif du projet*Quel changement voulez-vous apporter par ce projet ? Expliquez ces changements concrètement dans les conditions et/ou le cadre de vie des bénéficiaires que l’action va engendrer ?* |
|  |
| 3.5 Action du projet*Que voulez-vous faire exactement dans le projet (description concrète et précise)? En quoi consiste l’action du projet ? Quel est le changement que le projet doit engendrer ?**(Par exemple, construction d’un nouveau bâtiment de 6 salles de classe, construction de 2 forages, etc)* |
|  |

|  |
| --- |
| 4. GESTION DES FONDS DU PROJET |
| 4.1. Compte bancaire |
| Disposez-vous d’un compte bancaire? | [ ] Oui | [ ] Non |
| Etes-vous d’accord pour l’ouverture d’un compte bancaire commun spécifique au projet, sous le contrôle de l'Ambassade ? Ce compte nécessitera une autorisation de l’Ambassade pour chaque transaction (retrait, transfert, clôture de compte, etc.) : | [ ] Oui | [ ] Non |
| 4.2. ASSURANCE DE LA COMPATIBILITÉ DU PROJET |
| Tous les projets financés par l’Ambassade du Japon devront être audités par un cabinet d’audit externe. Etes-vous d’accord avec cette condition ? | [ ] Oui | [ ] Non |
| 5. STRATÉGIES POUR LA DURABILITÉ DU PROJET  |
| *(1) Plan de gestion, d’opération et de financement pour les 5 prochaines années suivant l’achèvement du projet (Qui assurera le suivi et la gestion après la mise en œuvre du projet? Notez que le programme APL ne couvre pas les honoraires de gestion. :* |
| (2) Prise en charge des frais supplémentaires *Qui assumera les frais supplémentaires éventuels dus à des imprévus ?* |

Attention ! Vous pouvez modifier la taille du cadre, mais gardez tout dans les **6 pages**.