**Annexe « Caractéristiques de l’opération »**

**Demande de paiement (acompte et solde)**

**Programmation 2014-2020**

**Cadre règlementaire : FEADER, Programme de Développement rural 2014-2020,**

**autorité de gestion : Département de la réunion**

**5.2.1 Reconstitution du potentiel de production**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du bénéficiaire |  |
| Intitulé de l’opération |  |
| N° de dossier OSIRIS | R|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |
| Objet de la demande de paiement |  Demande de paiement N°……..   Demande de solde |

***CARACTERISTIQUES DE L’OPERATION***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Potentiel agricole** | **Production** | **Nombre (à compléter)** | **Unité** |
| Matériel biologique destiné à la production (1) | Maraîchage sous abri ou Horticulture sous abri |  | **m2** |
| Maraîchage de plein champ ou PAPAM |  | **Ha** |
| Taureau reproducteur |  | **animal** |
| Vache allaitante |  | **animal** |
| Vache laitière |  | **animal** |
| Génisse Laitière |  | **animal** |
| Broutard de 8 à 10 mois |  | **animal** |
| Bovin engraissement 9 à 20 mois |  | **animal** |
| Bouc ou Bélier reproducteur |  | **animal** |
| Chèvre ou Brebis |  | **animal** |
| Antenaise |  | **animal** |
| Cabri ou Agneau |  | **animal** |
| Cervidé reproducteur |  | **animal** |
| Biche |  | **animal** |
| Porc reproducteur |  | **animal** |
| Truie |  | **animal** |
| Equidé |  | **animal** |
| Volaille plein air |  | **animal** |
| Ruches |  | **ruche** |
| Infrastructures destinées à la production végétale (hors canne à sucre)(2) | Maraîchage sous abri ou Horticulture sous abri |  | **m2** |
| Maraîchage de plein champ ou PAPAM |  | **ha** |
| Infrastructures destinées à la production d’animaux de rente hors sol (3) | Toutes espèces |  | **m2** |
| Voirie desservant les exploitations agricoles (4) | - |  | **Mètre linéaire** |
| Réseaux d’irrigation à usage agricole de l’exploitation (5) | Canne |  | **ha** |

***ATTESTATION DU BENEFICIAIRE***

**Je certifie exactes les informations mentionnées dans le présent document.**

Fait à : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom, signature et cachet de l’organisme bénéficiaire

Représentant légal ou représentant délégué

Le :|\_\_|\_\_| / |\_\_||\_\_| / |\_\_||\_\_|\_\_||\_\_| *(rayer la mention inutile)*