

IMPORTANT : LIRE LE GUIDE DE PRÉSENTATION AVANT DE REMPLIR LE FORMULAIRE

PROGRAMME D'ASSISTANCE FINANCIÈRE AU LOISIR DES PERSONNES HANDICAPÉES

RAPPORT FINAL

Volet faisant l'objet de la demande

Volet 1 - Accompagnement	Volet 2 – Activités de loisir et de sport
--------------------------	---

Identification du demandeur

NOM DE L'ORGANISME				NUMÉRO D'ENTREPRISE DU QUÉBEC	
ADRESSE DE L'ORGANISME					
NO	RUE, AVENUE, BOULEVARD, CASIER POSTAL	APP.	MUNICIPALITÉ	PROVINCE Québec	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR		ADRESSE DE COURRIEL		
NOM DU RESPONSABLE DU PROJET		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	ADRESSE DE COURRIEL		

Projet

TITRE				LIEU DE RÉALISATION	
NBRE D'ACCOMPAGNATEURS EMBAUCHÉS ET FORMÉS			ANTÉCÉDANTS JUDICIAIRES VÉRIFIÉS POUR LES ACCOMPAGNATEURS	NBRE TOTAL D'HEURES D'ACCOMPAGNEMENT EFFECTUÉES	NBRE DE PERSONNES HANDICAPÉES SOUTENUES
FACC	CERTIFICAT ACC. CAMP DE JOUR	AUTRES Spécifiez :	Oui Non	DATE DE RÉALISATION DU AU	
NBRE DE PARTICIPANTS PAR GROUPE D'ÂGE					
0 À 12 ANS		13 À 17 ANS		18 À 35 ANS	36 À 54 ANS
55 ANS ET +					

BILAN DU PROJET

Budget (description détaillée des revenus et dépenses réels)

LES MONTANTS INSCRITS CI-DESSOUS SONT :

SANS LES TAXES

AVEC LES TAXES

AVEC LA RÉCUPÉRATION DES TAXES

REVENUS ASSOCIÉS AU PROJET		DÉPENSES RELIÉES AU PROJET	
Contribution en argent de l'organisme		Salaire des accompagnateurs incluant les avantages sociaux	
Contribution en bien et service de l'organisme			
Subvention demandée à LSBJ (PAFLPH)			
TOTAL		TOTAL	

IMPORTANT : Joindre toutes les pièces justificatives.

Je confirme que les renseignements contenus dans le présent rapport sont exacts.

Date :