

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	CODE POSTAL
				Québec	
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
FACC	CERTIFICAT ACC. CAMP DE JOUR	AUTRES Spécifiez :	Oui	Non	NBRE DE PERSONNES HANDICAPÉES SOUTENUES
				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.

J'atteste la vérification des antécédents judiciaires des accompagnatrices et accompagnateurs dans le cadre de ce projet.

J'atteste que les accompagnatrices et accompagnateurs ont suivi la Formation nationale en accompagnement en loisir des personnes handicapées.

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

Date :