

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		NBRE DE PERSONNES HANDICAPÉES SOUTENUES	DATE DE RÉALISATION	
FACC	CERTIFICAT ACC. CAMP DE JOUR	AUTRES	Spécifiez :					DU	AU
				Oui	Non				
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

