

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	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		NBRE TOTAL D'HEURES D'ACCOMPAGNEMENT EFFECTUÉES	NBRE DE PERSONNES HANDICAPÉES SOUTENUES	DATE DE RÉALISATION	
DAFA	FACC			DU	
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

