

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

CAMPS DE VACANCES

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Volet faisant l'objet de la demande

Volet 1 – Sorties/Activités récréatives, sportives et de plein air	Volet 2 – Accompagnement pour personnes handicapées
--	---

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	
NOM DU RESPONSABLE DU PROJET		TITRE		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	ADRESSE DE COURRIEL

Accessibilité aux camps de vacances et/ou camps de jour

POUR BÉNÉFICIER DU PROJET, EST-CE QUE LES PARTICIPANTS DOIVENT ÊTRE INSCRITS À VOS CAMPS DE JOUR ESTIVAL?		COÛT D'INSCRIPTION AU CAMP DE JOUR ESTIVAL	COÛT D'INSCRIPTION POUR PARTICIPER AU PROJET
OUI	NON	\$ PAR	\$

Projet – Volet 1 – Sorties/Activités récréatives, sportives et de plein air

DESCRIPTION DU PROJET						
DATE DE RÉALISATION		NBRE DE COUCHER(S)	NOMBRE DE PARTICIPANTS		NOMBRE D'ANIMATEURS	
DU	AU		0-12 ANS	13-17 ANS	13-17 ANS	18 ET + ANS

Projet – Volet 2 – Accompagnement pour personnes handicapées

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT NOM		ÂGE	SEXE M F
TYPES DE DÉFICIENCE AUDITIVE INTELLECTUELLE PHYSIQUE VISUELLE SANTÉ MENTALE		TROUBLE DU LANGAGE ET DE LA PAROLE AUTRES Spécifiez :	
TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME (TSA) TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT (TED)			
IDENTIFICATION DU PARENT-TUTEUR NOM		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	ADRESSE DE COURRIEL
INSCRIPTION DU PARTICIPANT AU CAMP DE JOUR À TEMPS PARTIEL (AM OU PM) À TEMPS PLEIN AUTRES Spécifiez :			

Prévisions budgétaires (description détaillée des revenus et dépenses)

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			
Contribution en bien et service de l'organisme			
Subvention demandée à LSBJ dans CV			
TOTAL		TOTAL	