



ARLPHCQ

ASSOCIATION RÉGIONALE DE LOISIR
POUR PERSONNES HANDICAPÉES
DU CENTRE-DU-QUÉBEC

Formulaire de demande
Soutien financier
2024/2025

Volet 1 - Programme d'assistance financière municipale de soutien
aux activités de loisir des personnes handicapées

DATE LIMITE 15 AVRIL 2024 23h59

*À noter : **Un seul formulaire par organisme est demandé.** Il peut comprendre plusieurs activités différentes et même votre programmation annuelle de loisir.

Renseignements généraux

1. Nom de l'organisme demandeur : _____
2. Identification du responsable : _____

Description de l'activité ou des activités

3. Titre de l'activité ou des activités : _____
4. Les activités font-elles partie de votre programmation annuelle d'activités de loisir? OUI NON
5. Êtes-vous un organisme membre de l'ARLPHCQ? OUI NON
6. Est-ce une demande conjointe avec un autre membre de l'ARLPHCQ? OUI NON
7. Si oui, le(s)quel(s)? _____
8. Identification de l'activité ou des activités prévues :

9. Date de réalisation de l'activité ou la fréquence hebdomadaire des activités :

10. Lieu : _____

Nom et coordonnées de la personne responsable :

11. Nom et coordonnées de la personne responsable de l'activité ou du calendrier d'activités de l'organisme :
Nom : _____
Courriel : _____
Téléphone : _____ poste : _____
Cellulaire : _____

Formations

12. Formation/s de la personne responsable : _____
13. Les animateurs/trices auront-ils/elles besoin de formation ? OUI NON
14. Quels types de formations leur seront offerts? _____

Type de clientèle (nombre approximatif) et intégration sociale

15. Clientèle cible : Masculine _____ Féminine _____ Non genrée _____

16. Types de handicap des participants/es : DI _____ DP _____ TSA _____

17. Catégorie d'âge des participants/es :

0-5 ans _____

6-12 ans _____

13-17 ans _____

18-34 ans _____

35-54 ans _____

55 ans et plus _____

18. Quel est le pourcentage de personnes handicapées participant au projet? _____ %

19. Par ce projet, travaillerez-vous l'intégration sociale¹ des personnes handicapées? Sinon, expliquez pourquoi.

Transport adapté

20. Est-ce que certains de vos participants/es devront utiliser les transports adaptés disponibles dans votre MRC?

OUI NON

21. Si oui, quel pourcentage d'entre eux/elles? _____ %

Montant demandé

22. Montant demandé pour l'activité ou les activités de la programmation annuelle : _____ \$

Commentaires

23. Commentaires :

¹Intégration sociale :

Cette notion est très large et également très importante pour l'ARLPHCQ. Elle va de briser l'isolement à l'autonomie sociale; en passant par une participation active (choix, réalisation et évaluation des activités).

Il est important de déterminer au sein de votre organisation le but poursuivi par les activités proposées en ciblant le public cible. Cela peut être la différence entre le succès et l'échec d'une activité.

Confirmation

24. Je confirme que les renseignements contenus dans la présente demande sont exacts.

Nom et prénom : _____

Fonction : _____

Signature : _____

Date : _____

L'ARLPHCQ vous remercie d'avoir complété votre demande, n'oubliez pas de mentionner la subvention obtenue dans votre rapport annuel accompagné du logo de l'ARLPHCQ.

Date limite - 15 avril 2024 – 23h59

Par courriel : direction@arlphcq.com

**Par courrier : 59, rue Monfette, local 236
Victoriaville (Québec) G6P 1J8**

Pour toutes informations complémentaires 819-758-5464