



ARLPHCQ

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

**Programme d'aide financière au loisir des
personnes handicapées – Soutien aux
initiatives locales et régionales**

(PAFLPH – VOLET 3)

FORMULAIRE 2026-2027

Québec 

Formulaire de demande d'assistance financière – Volet 3

No séquentiel (à remplir par l'ARLPHCQ) :

1. Nature de l'organisme

- Municipalité ou Ville Organisme de loisir à but non lucratif
 MRC Organisme de loisir à but non lucratif pour personnes handicapées
 Autres : précisez Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Renseignements généraux

Nom de l'organisme :

Numéro d'entreprise du Québec (NEQ) :

Adresse de correspondance :

Adresse (numéro, rue et ville) :

Code postal :

Personne responsable de l'organisme – Coordonnées

Sexe : M. Mme

Fonction :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Poste :

Courriel :

Autre téléphone :

Poste :

2. Collaboration (NOUVEAUTÉ)

Cette année l'ARLPHCQ allouera un certain budget pour la bonification de l'enveloppe émise par le MEQ. Cependant, pour être admissible à l'octroi d'une somme supplémentaire, vous devrez impliquer l'ARLPHCQ dans le projet soumis.

La somme exacte qui peut vous être allouée n'est pas prédéfinie et est selon les argents disponibles au moment de l'analyse des demandes. Aucune analyse ne sera effectuée avant le 28 août 2026.

Vous êtes invités à nous contacter, afin de nous proposer votre activité.

Je contacterai l'ARLPHCQ

Voir le Guide.

3. Projet prévu par l'organisme pour soutenir les loisirs des personnes handicapées

Description du projet

Nom de votre projet :

*Type de projet selon les critères du MEQ

- Loisir actif
 Plein air
 Culturel
 Socioéducatif
 Autres :

Description sommaire du projet et pourquoi est-il novateur pour votre organisation? :

Date de début :

AAAA – MM - JJ

Date de fin :

AAAA – MM - JJ

4. Description et nombre de personnes handicapées participantes visées

Identification – Indiquez le NOMBRE de participants total visé par le projet (en chiffre seulement)*

Sexe : Masculin Féminin	Âge : 0-4 ans 5-12 ans 13-17 ans 18-21 ans 21-54 ans 55 ans et +			Commentaires
	Type d'incapacité : Auditive Physique AUTRE (spécifiez) :	Intellectuelle Problème de santé mentale	Visuelle	

* Il est à noter que les données du point 3 sont en chiffres et non pas en pourcentage. De plus, en ce qui concerne les personnes qui présentent plus d'une incapacité, vous devrez les chiffrer individuellement.

5. Prévisions budgétaires du projet

	<u>À compléter</u>	(Réservé ARLPHCQ)	
	COÛTS DU PROJET		Montant recommandé
<u>DÉPENSES</u>			
Achat de matériel et équipement			
Frais de location de matériel et d'équipement			
Frais de location de locaux			
Salaire des animateurs/du personnel			
Salaire des accompagnateurs			
Frais de gestion et de coordination			
Frais de déplacement			
Frais de transport des participants			
Frais de service technique (spécifiez)			
Autres dépenses (spécifiez)			
Autres dépenses (spécifiez)			
TOTAL DES DÉPENSES			
SUBVENTION \$\$\$ DEMANDÉE			

* Autres dépenses (spécifiez)

6. Formation

Afin d'offrir un accompagnement de qualité, aurez-vous besoin de que vos accompagnateurs suivent les formations suivantes :

- DAFA FACC CACDJ Sensibilisation
 possède une formation Ne s'applique pas

7. Responsabilité de l'organisme

* **Pour que votre demande soit admissible**, vous devez effectuer la vérification d'antécédents judiciaires de personnes œuvrant auprès d'une clientèle vulnérable (vérification d'absence d'empêchement) du personnel accompagnateur en lien avec le projet.

Vérification d'antécédents judiciaires du personnel en lien avec le projet.

Oui Non

Nous certifions que la demande adressée par notre organisme ou notre municipalité, afin d'obtenir une aide financière dans le cadre de ce projet d'une ou des activités de loisir, est réelle et que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts. De plus, si l'aide financière demandée nous est accordée, nous nous engageons à l'utiliser dans le respect des exigences prévues au programme.

Je joins la dernière déclaration annuelle ou la dernière mise à jour émise au Registraire des entreprises du Québec

8. Signature

Nom :

Prénom :

Fonction :

Signature :

Date :

AAAA – MM – JJ

IMPORTANT :

Un formulaire incomplet ou non signé ne sera pas analysé.

Les demandes doivent être transmises par courrier électronique ou par la poste.

Aucune demande reçue après le **14 août 2026** ne sera acceptée.

Lors des annonces, si vous êtes accepté, vous devrez fournir les coordonnées bancaires ou de caisses, afin de recevoir votre dépôt.

Pour plus d'informations, n'hésitez pas à nous contacter.

Dates importantes et adresse pour les communications

Dépôt de la demande : au plus tard le **14 août 2026**

Rapport d'utilisation : au plus tard le **15 avril 2027**



ARLPH CENTRE-DU-QUÉBEC

1590, avenue Saint-Louis
Plessisville (Québec) G6L 2M9
Téléphone : 819-758-5464

Courriel : direction@arlphcq.com