



ARLPHCQ

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

Rapport d'évaluation

Programme d'assistance financière municipale de soutien au loisir des personnes handicapées 2023-2024

VOLET 1

Veillez transmettre ce rapport avant le 30 avril 2024 à 23h59.

N.B. À remplir seulement par les organisations bénéficiaires d'une somme reçue en 2024 de plus de 2 500.00 \$.

Rapport d'évaluation

Renseignements généraux

Nom de l'organisme :

Adresse (numéro, rue et ville) :

Code postal :

Numéro de tél. de l'organisme :

Courriel de l'organisme :

MRC couverte (s) :

Si votre territoire couvre TOUT le CENTRE-DU-QUÉBEC
cochez ici :

Personne responsable de l'organisme – Coordonnées

Genre: M. Mme Ne pas spécifier

Fonction :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Poste :

Télécopieur :

Autre tél. :

Poste :

Courriel :

1. Projet réalisé par l'organisme pour soutenir les loisirs des personnes handicapées

Description des activités réalisées ou prévues

Titre de votre projet :

Descriptions :

Modifications au projet par rapport à la demande initiale ? Si oui, expliquez.

Lieu :

Date de la réalisation :

Est-ce une activité récurrente de votre organisation ? Sinon, cochez :

Si oui, expliquez :

Quelle est la fréquence de vos activités régulières (dans une programmation) :

Quel usage avez-vous fait de la subvention accordée ?

Le nombre de participants :

Est-ce que le nombre de participants est le même que celui prévu au départ ? Si oui, cochez :

Sinon, expliquez :

Est-ce que les participants ont utilisé ou utiliseront les transports adaptés disponibles dans votre MRC ? Si oui, cochez :

Quel pourcentage ?

3. Description et nombre de participants (es)

Identification – Indiquez le NOMBRE de participants (es) par « Genre », « Âge » et « Type d'incapacité »	
Genre : Masculin _____ Féminin _____	Âge : 0-12 _____ 13-17 _____ 18-21 _____ 22-54 _____ 55 et + _____ Total _____
Type d'incapacité : Auditive _____ Intellectuelle _____ Visuelle _____ Trouble du langage ou de la parole _____ Physique _____ Problème de santé mentale _____ Trouble du spectre de l'autisme _____ Autres _____	

4. Bilan financier du projet

<u>DÉPENSES</u>	COÛTS DU PROJET
Achat de matériel et équipements	
Frais de location de matériel et d'équipements	
Frais de location de locaux ou de plateaux	
Salaire des animateurs et/ou accompagnateurs	
Frais de déplacement des animateurs	
Frais de déplacement des accompagnateurs	
Frais de gestion et de coordination	
Frais de transport des participants	
Frais de services techniques	
Autres dépenses (spécifiez)	
TOTAL DES DÉPENSES	

Bénéficiez-vous d'un autre financement pour compléter ce programme de subvention ? Si oui, cochez

De qui provient cette aide ?

Montant de la subvention reçue dans le cadre de ce volet :

Quel est, en %, le revenu de votre autofinancement (dépenses – PAF/dépenses)?

5- Quelles sont les retombées que vous avez remarquées à la suite de la réalisation du projet ?

6- Avez-vous des commentaires, des suggestions concernant ce programme ?

Il vous est demandé de nous faire savoir la provenance de vos participants/es. Dans un document EXCEL qui devra être annexé à ce rapport d'évaluation, veuillez inscrire tous les codes postaux des personnes handicapées ayant participé à vos activités, dans le cadre de ce soutien financier. Ces codes serviront aux différentes représentations dans vos MRC respectives. **NE PAS INSCRIRE DE NOM NI D'ADRESSE DANS CETTE LISTE, SVP.**

Je confirme que les renseignements contenus dans le présent rapport sont exacts.

Nom et prénom :

Fonction :

Signature électronique ou manuelle :

Date :

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

Veillez faire parvenir votre rapport papier ou de façon électronique à :

ARLPHCQ

59, rue Monfette, local 236
Victoriaville (Québec) G6P 1J8

Téléphone : 819 758-5464

Courriel : direction@arlphcq.com



Veillez transmettre ce rapport avant le 30 avril 2024 à 23h59.