**Programme d’assistance financière aux initiatives locales et régionales en loisir des personnes handicapées**

**2020-2021 (PAFILRLPH)**

**Rapport d’évaluation**

**FORMULAIRE DE DEMANDE**

**VOLET 3 : SOUTIEN D’UN PROJET**



**Rapport d’évaluation**

|  |
| --- |
| **Renseignements généraux** |
|  |  |  |
| **Nom de l’organisme :**  |       |
|  |
| **Adresse de correspondance**       |
| **Adresse** (numéro, rue et ville) : |       | **Code postal :** |       |
|  |
| **Personne responsable de l’organisme – Coordonnées**  |
|  |  |  |
| **Sexe :** | M. | [ ]  | Mme [ ]  | **Fonction :** |       |
|  |  |
| **Nom :** |       | **Prénom :** |       |
| **Téléphone :** |       | **Poste :** |       | **Télécopieur :** |       |
| **Autre téléphone :** |       | **Poste :** |       | **Courriel :** |       |

|  |
| --- |
| **1. Projet réalisé par l’organisme pour soutenir les loisirs des personnes handicapées** |
|

|  |
| --- |
| **Description du projet** |
| Nom de votre projet :       |
| Comment s’est déroulé le projet ?      |
| Modifications aux projets par rapport à la demande initiale :       |
| **Date de début :** |  | **Date de fin :** |       |
|  | AAAA – MM - JJ |  | AAAA – MM - JJ |

 |

|  |
| --- |
| **2. Description des participants (es)**  |
| **Identification – Cocher les cases appropriées**  |
| **Sexe :** | [ ] **[ ]**  | **Masculin****Féminin** |  | **Âge :****0-12 [ ]  13-17 [ ]  18-21 [ ]** **22-54 [ ]  55 et + [ ]**  |
| **Type d’incapacité :** | [ ]  | Auditive | [ ]  | Intellectuelle | [ ]  | Visuelle  | [ ]  | Trouble du langage ou de la parole |
| [ ]  | Autisme | [ ]  | Physique | [ ]  | Problème de santé mentale | [ ]  | Trouble du spectre de l’autisme |

|  |
| --- |
| **3. PRÉVISIONS BUDGÉTAIRES DU PROJET** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **À compléter** |
| **DÉPENSES** | COÛTS DU PROJET |
|  |  |
| Achat de matériel et équipement |       |
| Frais de location de matériel et d’équipement |       |
| Frais de location de locaux  |       |
| Salaire des animateurs et/ou accompagnateurs |       |
| Frais de déplacement  |       |
| Frais de gestion et de coordination |       |
| Frais de transport des participants |       |
| Frais de service technique |       |
| Autres dépenses (spécifiez) \* |       |
|  |  |
| **TOTAL DES DÉPENSES**  |  |

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

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

Nom et prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Fonction : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

 Signature électronique :

Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Veuillez transmettre ce rapport avant le 30 juin 2021 ou après avoir complété le projet. Veuillez faire parvenir votre rapport papier ou de façon électronique à :

**ARLPH CENTRE-DU-QUÉBEC**

59, rue Monfette, local 236

Victoriaville (Québec) G6P 1J8

Téléphone : 819-758-5464

Courriel : direction@arlphcq.com

