**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

