



**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 2025-2026**

Québec 

## Formulaire de demande d'assistance financière

No séquentiel (à remplir par l'ARLPHCQ) :

### 1. Nature de l'organisme

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Municipalité ou Ville  | <input type="checkbox"/> Organisme de loisir à but non lucratif                            |
| <input type="checkbox"/> MRC  | <input type="checkbox"/> Organisme de loisir à but non lucratif pour personnes handicapées |
| <input type="checkbox"/> 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 :

Télécopieur :

Autre téléphone :

Poste :

Courriel :

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

### Description du projet

Nom de votre projet :	Type de projet : Choix de réponses selon les critères du ministère
	<input type="checkbox"/> Loisir actif <input type="checkbox"/> Plein air <input type="checkbox"/> Culturel <input type="checkbox"/> Socioéducatif <input type="checkbox"/> Touristique <input type="checkbox"/> Autres :

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

<b>Date de début :</b>		<b>Date de fin :</b>	
	AAAA – MM - JJ		AAAA – MM - JJ

## 3. Description et nombre de participants/es visés/es

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

<b>Sexe :</b>	<b>Masculin</b>	<b>Âge :</b>	0-4 ans	<b>Commentaires</b>
	<b>Féminin</b>		5-12 ans	
		13-17 ans		
		18-21 ans		
		21-54 ans		
		55 ans et +		
<b>Type d'incapacité :</b>	Auditive	Intellectuelle	Visuelle	Trouble du langage (parole)
	Physique	Problème de santé mentale		Trouble du spectre de l'autisme

\* 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.

#### 4. Prévisions budgétaires du projet

	<u>À compléter</u>	(Réservé ARLPHCQ)	
	COÛTS DU PROJET		Montant recommandé
<b><u>DÉPENSES</u></b>			
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)			
<b>TOTAL DES DÉPENSES</b>			
<b>SUBVENTION \$\$\$ DEMANDÉE</b>			

\* Autres dépenses (spécifiez)

#### 5. 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

## 6. 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 accompagnateur 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.**

## 7. 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 31 juillet 2025 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 [31 juillet 2025](#)

Rapport d'utilisation : au plus tard le [30 avril 2026](#)

### **ARLPH CENTRE-DU-QUÉBEC**

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

Courriel : [direction@arlpqcq.com](mailto:direction@arlpqcq.com)

