

DEMANDE DE FINANCEMENT

Date _____ Nom du responsable _____

Courriel _____ Région _____

Titre du projet/demande _____

Téléphone du responsable _____

☐ Trousse
de stimulation

☐ Matériel pour
handicap

☐ Consultation
spécialiste

☐ Service
de répit

Montant demandé _____ Soutien demandé _____

Expliquer le besoin, le contexte et ce que le soutien permettra d'améliorer
pour l'enfant/la famille

NE PAS INDIQUER LE NOM DE L'ENFANT SVP*

Contribution de la famille si tel est pertinent

INFORMATIONS SUR LE BÉNÉFICIAIRE

Numéro identifiant(confidentiel) _____ Initiales (pour Fondation) _____

Âge au moment de la demande _____ Milieu de vie _____

Genre _____
(pour reddition de compte)

AUTORISATION (Validation de la demande de projet par le responsable du fonds de votre région)

☐ Acceptée ☐ Refusée Date _____

Montant _____ Signature du responsable _____

CONTACT POUR UNE DEMANDE

Responsable _____ Téléphone _____

Courriel _____