



Greffe

Val-d'Or

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ASSISTANCE FINANCIÈRE AUX ORGANISMES SANS BUT LUCRATIF

Des erreurs ou des inexactitudes dans les renseignements fournis pourraient retarder l'analyse de votre demande d'aide ou faire l'objet d'une demande de renseignements supplémentaires.

### DATE DE RÉCEPTION

Année	Mois	Jour

### A. IDENTIFICATION DE L'ORGANISME REQUÉRANT

NOM CORPORATIF : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

TÉLÉCOPIEUR : \_\_\_\_\_

COURRIEL : \_\_\_\_\_

DATE DE FONDATION DE L'ORGANISME : \_\_\_\_\_

### B. IDENTIFICATION DU RÉPONDANT

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

FONCTION AU SEIN DE L'ORGANISME : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

TÉLÉCOPIEUR : \_\_\_\_\_ COURRIEL : \_\_\_\_\_

### C. CHAMP D'ACTIVITÉ DE L'ORGANISME

**CHAMP D'ACTIVITÉ :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PRINCIPAUX OBJECTIFS :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CLIENTÈLE**

**NOMBRE DE MEMBRES :** \_\_\_\_\_

**NOMBRE D'ADMINISTRATEURS AU C.A. :** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE BÉNÉVOLES :** \_\_\_\_\_

**CLIENTÈLE VISÉE :**

**ENFANTS ET ADOLESCENTS**

**ADULTES**

**PERSONNES ÂGÉES**

**FAMILLE**

**ENSEMBLE DE LA POPULATION**

**CLIENTÈLE HANDICAPÉE**

**AUTRES**

### D. DESCRIPTION DE L'INTERVENTION OU DE L'ACTIVITÉ DE L'ORGANISME

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## E. PRÉVISIONS BUDGÉTAIRES

REVENUS

DÉPENSES

---

---

---

---

---

---

---

---

## F. MONTANT DE LA SUBVENTION DEMANDÉE

---

## G. DOCUMENTS DEVANT OBLIGATOIREMENT ACCOMPAGNER CE FORMULAIRE

1. Dernier bilan financier vérifié et accepté par l'assemblée générale avec le détail de la provenance des sources de financement de l'organisme et note explicative si surplus accumulé;
2. Prévisions budgétaires de l'organisme pour l'année en cours;
3. Liste des membres du conseil d'administration (incluant adresses);
4. Copie des lettres patentes;
5. Dernier rapport annuel des activités accepté par l'assemblée générale.

**RETOURNER AU PLUS TARD LE  
1<sup>er</sup> NOVEMBRE DE CHAQUE ANNÉE  
EN FORMAT INFORMATISÉ**

**VILLE DE VAL-D'OR  
Service du greffe  
M<sup>e</sup> Annie Lafond, greffière  
855, 2<sup>e</sup> Avenue, C.P. 400  
VAL-D'OR (Québec) J9P 4P4**

**Téléphone : 819 824-9613, poste 2227  
Courriel : [greffe@ville.valdor.qc.ca](mailto:greffe@ville.valdor.qc.ca)**