



**FORMULAIRE DE DEMANDE
PROJET 1 :**

Renseignements généraux

Nom de l'organisme:

Adresse
(numéro et rue):

Ville / Code postal :

Téléphone :

Courriel :

Nom du président (e) :

Personne autorisée à compléter la demande

Prénom et nom :

Téléphone :

PROJET 1

Titre de l'activité :

Brève description de l'activité :

Objectif poursuivi :

Date du début :

Date de fin :

Durée (heures, semaine) :

Lieu de réalisation :

Nombre de personnes
selon le sexe

Nombre de
personnes
pour chacun
des groupes
d'âges :

0-12 ans

13-17 ans

18-34 ans

35-54 ans

55 ans et +

Masculin

Féminin

Type de déficience :

Auditive

Intellectuelle

Physique

Problème de santé mentale

Trouble de langage et de la parole

Trouble du spectre de l'autisme

Visuelle

Autres :





PRÉVISION DES REVENUS ET DES DÉPENSES

PROJET 1 : _____

Revenus	\$	Dépenses	\$
Implication de votre organisme		Location	
Implication des participants		Frais de déplacement	
		Matériel	
		Coûts directement reliés à l'activité	
Autres (spécifiez) :		Autres dépenses (spécifiez) :	
Assistance financière demandée à LSAT / ARLPHAT			
Total des revenus		Total des dépenses	

Signature du ou de la responsable

Prénom et nom :	Date :
-----------------	--------

Retourner avant le vendredi 24 mars 2017 à :

LSAT-ARLPHAT

330 rue Perreault Est, bureau 101
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 3C6



**FORMULAIRE DE DEMANDE
PROJET 2 :**

Renseignements généraux

Nom de l'organisme:

Adresse
(numéro et rue):

Ville / Code postal :

Téléphone :

Courriel :

Nom du président (e) :

Personne autorisée à compléter la demande

Prénom et nom :

Téléphone :

PROJET 2

Titre de l'activité :

Brève description de l'activité :

Objectif poursuivi :

Date du début :

Date de fin :

Durée (heures, semaine) :

Lieu de réalisation :

Nombre de personnes
selon le sexe

Nombre de
personnes
pour chacun
des groupes
d'âges :

0-12 ans

13-17 ans

18-34 ans

35-54 ans

55 ans et +

Masculin

Féminin

Type de déficience :

Auditive

Intellectuelle

Physique

Problème de santé mentale

Trouble de langage et de la parole

Trouble du spectre de l'autisme

Visuelle

Autres :





PRÉVISION DES REVENUS ET DES DÉPENSES

PROJET 2 : _____

Revenus	\$	Dépenses	\$
Implication de votre organisme		Location	
Implication des participants		Frais de déplacement	
		Matériel	
		Coûts directement reliés à l'activité	
Autres (spécifiez) :		Autres dépenses (spécifiez) :	
Assistance financière demandée à LSAT / ARLPHAT			
Total des revenus		Total des dépenses	

Signature du ou de la responsable

Prénom et nom :	Date :
-----------------	--------

Retourner avant le vendredi 24 mars 2017 à :

LSAT-ARLPHAT
330 rue Perreault Est, bureau 101
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 3C6