



**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			
<b>Total des revenus</b>		<b>Total des dépenses</b>	

Signature du ou de la responsable

Prénom et nom :

Date :

Retourner avant le vendredi 30 mars 2018 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			
<b>Total des revenus</b>		<b>Total des dépenses</b>	

Signature du ou de la responsable

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

Retourner avant le vendredi 30 mars 2018 à :

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