**Programme d’accompagnement en loisir pour les personnes handicapées**

**2016-2017**



**Rapport d'activités – Utilisation de la subvention**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’organisme :** |  |
| **Adresse de correspondance :** |  |
| **Nom de la personne responsable :** |  |
| **Numéro de téléphone et poste :** |  |
| **Adresse courriel :** |  |

**IMPORTANT**

* L’organisme qui a reçu une aide financière doit **remplir intégralement ce rapport** pour être admissible à une nouvelle demande l’année suivante.
* Le rapport **doit être retourné avant le 30 avril 2017** à Zone Loisir Montérégie.
* Le rapport doit être rempli directement dans le document électronique ou en lettres moulées.
* Toute fausse déclaration entraîne l’exclusion du programme.

## TYPE D’ORGANISME

* 1. L’organisme bénéficiaire de la subvention est :

Organisme de loisir à but non lucratif

Organisme de loisir à but non lucratif pour les personnes handicapées

Municipalité, arrondissement, conseil de bande ou village nordique

## UTILISATION DE LA SUBVENTION

### Dépenses

#### Montant dépensé en salaire pour l’accompagnement[[1]](#footnote-1)  :       $

#### Autres dépenses pour réaliser le projet[[2]](#footnote-2)  :       $

#### Dépenses totales du projet[[3]](#footnote-3)  (2.1.1 + 2.1.2) :       $

### Revenus

### Aide financière reçue en vertu du programme en 2015 - 2016 :       $

### Détails des autres sources de financement qui ont servi à financer le projet :

* Utilisateur (participant ou parent) :       $
* Votre contribution :       $
* :       $
* :       $
* :       $

### Revenus totaux du projet3 (2.2.1 + 2.2.2) :       $

## PARTICIPANTS

### Nombre de personnes handicapées soutenues en lien avec les revenus totaux du projet (2.2.3) :

### Nombre de participants par groupe d’âge :

|  |  |
| --- | --- |
| 0 à 12 ans :       13 à 17 ans :       18 à 35 ans :       36 à 54 ans :       55 ans et plus : |  |

## ACCOMPAGNATEURS

### Nombre d’accompagnateurs embauchés :       accompagnateurs

### Nombre total d’heures d’accompagnement effectuées :       heures

### Nombre d’accompagnateurs ayant suivi ces formations :

* Formation en Animation en loisir et en sport **- Diplôme d’Aptitude aux Fonctions d’Animateur (DAFA) :**
* **F**ormation nationale en **acc**ompagnement en loisir des personnes handicapées (**FACC**) :

## ATTESTATION

Je confirme que les renseignements contenus dans **le présent rapport sont exacts.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nom |  | Fonction |
|  |  |  |
| Signature |  | Date |

À retourner à l’adresse suivante :

**Zone Loisir Montérégie**

**3800, boulevard Casavant Ouest**

**Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 8E3**

**ou**

[**infozlm@zlm.qc.ca**](mailto:infozlm@zlm.qc.ca)

1. . Salaire des accompagnateurs incluant les avantages sociaux [↑](#footnote-ref-1)
2. . Tous les frais, autres que le salaire des accompagnateurs, pour réaliser le projet d’accompagnement [↑](#footnote-ref-2)
3. . Le montant total des dépenses doit être égal au montant total des revenus [↑](#footnote-ref-3)