



Formulaire - Rapport d'utilisation de la subvention

Programme d'assistance financière au loisir des personnes handicapées Soutien à l'accompagnement

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 complété au plus tard le 28 février 2020** de l'année financière du programme
- Toute fausse déclaration entraîne l'exclusion du programme

1. Organisme bénéficiaire de la subvention

1.1. Région administrative :

1.2. Nom de l'organisme :

1.3. Votre organisme est :

- Organisme à but non lucratif pour les personnes handicapées
- Organisme à but non lucratif
- Municipalité (incluant arrondissement, conseil de bande ou village nordique)
- Autre, spécifiez :

1.4. Votre organisme est-il membre de l'instance régionale responsable du loisir des personnes handicapées de sa région administrative (soit l'Association régionale de loisir des personnes handicapées ou l'Unité régionale de loisir et de sport) ?

- Oui Non

1.5. Votre organisme est-il membre de l'Association québécoise pour le loisir des personnes handicapées ?

- Oui Non

1.6. Votre organisme est-il signataire du Cadre de référence pour les camps de jour municipaux (AQLM) ?

- Oui Non

1.7. Concernant le Guide de référence « Vers une intégration réussie dans les camps de jour »

1.7.1. Est-ce qu'un membre de votre personnel de direction ou de coordination a assisté à une présentation ou une formation sur ce guide ?

- Oui Non

1.7.2. Est-ce que votre organisme utilise ce guide comme référence pour améliorer l'intégration en loisir des personnes handicapées ?

Oui Non

1.7.3. Avez-vous fait l'évaluation du niveau d'intégration de votre organisme ?

Oui Non

Si oui, quel était le résultat de votre évaluation ?

Minimal non atteint Minimal ★ Adéquat ★★ Optimale ★★★

1.8. Quelle(s) formation(s) parmi celles-ci offrez-vous à vos employés ?

Formation en Animation en loisir et en sport - Diplôme d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur (DAFA)

Formation nationale en accompagnement en loisir des personnes handicapées (FACC)

Sensibilisation « Mieux comprendre la différence pour mieux agir »

Autre formation, spécifiez :

2. Utilisation de la subvention

2.1 Projet réalisé

2.1.1 Type de projet réalisé avec cette aide financière :

Camp de jour Activité physique/sportive Ni l'un ni l'autre

2.1.2 Principal type de loisir réalisé lors de ce projet :

Physique Culturel Plein air Socioéducatif Touristique Autre, spécifiez

2.2 Revenus

2.2.1 Aide financière reçue en vertu de ce programme : \$

2.2.2 Détails des autres sources de financement qui ont aidé à soutenir l'accompagnement :

- Utilisateur (participant ou parent) : \$
- Organisme demandeur (bénéficiaire de la subvention) : \$
- _____ : \$

Montant total des autres sources de financement :

2.2.3 Montant total des revenus (2.2.1 + 2.2.2) : \$

2.3 Dépenses

2.3.1 Montant dépensé en salaire pour l'accompagnement (incluant les avantages sociaux) : \$

(Calcul : Nombre d'accompagnateurs embauchés X nombre d'heures d'accompagnement par jour X nombre de jours)

2.3.2 Autres frais pour réaliser le projet : (Tous les frais, autres que le salaire des accompagnateurs, pour réaliser le projet)

- _____ : \$
- _____ : \$

Montant total des autres frais pour réaliser le projet :

2.3.3 Montant total des dépenses (2.3.1 + 2.3.2) : \$

3. Accompagnateurs

- 3.1 Nombre d'accompagnateurs embauchés : _____ accompagnateurs
- 3.2 Nombre total d'heures d'accompagnement effectuées : _____ heures
- 3.3 Nombre d'accompagnateurs ayant suivi ces formations :
- Formation en Animation en loisir et en sport - Diplôme d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur (DAFA) :
 - Formation nationale en accompagnement en loisir des personnes handicapées (FACC) :
 - Autre formation : _____ Spécifiez :

4. Participants

- 4.1 Nombre de personnes handicapées ayant bénéficié de l'accompagnement par groupe d'âge :
- | | | | | |
|-------------------|---------------|---------------|---------------|------------------|
| 12 ans et moins : | 13 à 17 ans : | 18 à 21 ans : | 22 à 54 ans : | 55 ans et plus : |
|-------------------|---------------|---------------|---------------|------------------|
- 4.2 Nombre total de personnes handicapées ayant bénéficié de l'accompagnement (somme de 4.1) :

5. Attestation

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

_____	_____
Nom	Fonction
_____	_____
Signature	Date

L'Organisme ou la municipalité doit transmettre le formulaire dûment rempli et signé, avant le 28 février 2020

Par la poste :

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

Par courriel : projet.arlphat@outlook.com