



ASSOCIATION RÉGIONALE DE LOISIRS  
POUR PERSONNES HANDICAPÉES



Éducation  
et Enseignement  
supérieur

Québec 

## Programme d'assistance financière au loisir des personnes handicapées 2017-2018

# Rapport d'activités – Utilisation de la subvention

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

### 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 2018** (le cachet de la poste faisant foi) au :  
ARLPH  
138 rue Price Ouest, local 107  
Chicoutimi (Québec) G7J 1G8
- Le rapport doit être rempli directement dans le document électronique ou en lettres moulées.
- Toute fausse déclaration entraîne l'exclusion du programme.

---

## 1) Type d'organisme

---

1.1. L'organisme bénéficiaire de la subvention est :

Organisme à but non lucratif

Organisme à but non lucratif pour les personnes handicapées

Municipalité, arrondissement, conseil de bande ou village nordique

1.2. Le projet est de type :    Camp de jour            Physiquement actif            Aucun

---

## 2) Volet « Soutien à l'accompagnement »

---

NOTE : Si vous n'avez pas reçu d'assistance financière dans ce volet, passez à la section 3

2.1 Budget du projet d'accompagnement

### Dépenses

2.1.1 Montant dépensé en salaire pour l'accompagnement<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ \$

2.1.2 Autres dépenses pour réaliser le projet<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ \$

2.1.3 Dépenses totales du projet<sup>3</sup> (2.1.1 + 2.1.2) \_\_\_\_\_ \$

### Revenus

2.1.4 Aide financière reçue en vertu de ce volet en 2017-2018 : \_\_\_\_\_ \$

2.1.5 Détails des autres sources de financement qui ont servi à financer le projet d'accompagnement :

• Utilisateur (participant ou parent) : \_\_\_\_\_ \$

• Organisme demandeur (bénéficiaire de la subvention) : \_\_\_\_\_ \$

• \_\_\_\_\_ \$

• \_\_\_\_\_ \$

2.1.6 Revenus totaux du projet<sup>3</sup> (2.1.4 + 2.1.5) \_\_\_\_\_ \$

2.2 Participants

2.2.1 Nombre de personnes handicapées soutenues en vertu de ce volet :

2.2.2 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 :

2.3 Accompagnateurs

2.3.1 Nombre d'accompagnateurs embauchés : \_\_\_\_\_ accompagnateurs

2.3.2 Nombre total d'heures d'accompagnement effectuées : \_\_\_\_\_ heures

2.3.3 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) :

---

1. Salaire des accompagnateurs incluant les avantages sociaux

2. Tous les frais, autres que le salaire des accompagnateurs, pour réaliser le projet d'accompagnement

3. Le montant total des dépenses doit être égal au montant total des revenus

---

### 3) Volet « Soutien aux projets »

---

NOTE : Si vous n'avez pas reçu d'assistance financière dans ce volet, passez à la section 4

#### 3.1 Budget du projet

##### Dépenses

3.1.1 Montant dépensé pour les frais admissibles à ce volet : \_\_\_\_\_ \$

Détaillez :

- \_\_\_\_\_ \$
- \_\_\_\_\_ \$
- \_\_\_\_\_ \$

3.1.2 Autres dépenses pour réaliser le projet<sup>4</sup> : \_\_\_\_\_ \$

3.1.3 Dépenses totales du projet<sup>5</sup> (3.1.1 + 3.1.2) \_\_\_\_\_ \$

##### Revenus

3.1.4 Aide financière reçue en vertu de ce volet en 2017-2018 : \_\_\_\_\_ \$

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

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

3.1.6 Revenus totaux du projet<sup>5</sup> (3.1.4 = 3.1.5) \_\_\_\_\_ \$

#### 3.2 Participants

3.2.1 Nombre de personnes handicapées soutenues en vertu du volet « soutien aux projets » :

3.2.2 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 :

---

### 4) Attestation

---

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

\_\_\_\_\_  
Nom

\_\_\_\_\_  
Fonction

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

IMPRIMER

4. Fait référence à tous les autres frais non admissibles dans le cadre du programme

5. Le montant total des dépenses doit être égal au montant total des dépenses