

# Formulaire d'utilisation de la subvention

## Nom de votre organisme

### Programme d'assistance financière au loisir des personnes handicapées - Volet soutien à l'accompagnement

**IMPORTANT**

- L'organisme qui a reçu une aide financière doit remplir ce rapport pour être admissible à une nouvelle demande l'année suivante
- Toute fausse déclaration entraîne l'exclusion du programme

**1. Organisme bénéficiaire de la subvention**

*\*N.B. Pour faire des modifications à cette première section, il faut visiter le formulaire "Mon organisme" à partir du menu du haut.*

**1.1. Région administrative**

**1.2. Nom de l'organisme bénéficiaire**

**1.3. Coordonnées de l'organisme**

# et rue:

Ville:

Téléphone:

Adresse générale courriel:

Adresse site Web :

Code postal:

Télécopieur:

**Personne ressources**

Nom et prénom:

Adresse courriel:

Téléphone:

Titre:

**1.4. Type d'organisme**

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

**1.5. 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

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

- Oui
- Non

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

- Oui
- Non

**1.8. Concernant le Guide de référence « [Vers une intégration réussie dans les camps de jour](#) »**

**1.8.1. 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

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

- Oui
- Non

**1.8.3. 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
- Optimal

**1.9. 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)
- [Certification en accompagnement camp de jour](#)
- [Sensibilisation « Mieux comprendre la différence pour mieux agir »](#)
- [Formation pour un plein air inclusif et sécuritaire](#)
- Autre, spécifiez

**2. Utilisation de la subvention**

**2.1 Projet réalisé**

**2.1.1 Type de projet réalisé avec cette aide financière**

- Camp de jour (incluant les activités régulières de loisir de style centre de jour offerte aux jeunes de 21 ans et moins)
- Physiquement actif (excluant les camps de jour)
- Ni l'un ni l'autre

**2.1.2 Principaux types de loisir réalisés lors de ce projet**

- Actif ?
- Culturel ?
- Plein air ?
- Socioéducatif ?
- Touristique

Autre, spécifiez

**2.1.3 Est-ce que le projet a eu lieu au Québec ?**

- Oui
- Non

**2.1.4 Est-ce qu'il a été réalisé entre le 1er avril 2021 et le 31 mars 2022 ?**

- Oui
- Non

**2.2 Revenus**

**2.2.1 Aide financière reçue en vertu de ce programme (inclut une bonification de 18 825,25\$)**

**Votre Montant total sera ici**

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

Utilisateur (participant ou parent)

 0.00 \$

Organisme demandeur (bénéficiaire de la subvention)

 0.00 \$

 0.00 \$

Montant total des autres sources de financement

0,00\$

**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)**

 0.00 \$

**2.3.2 Autres frais pour réaliser le projet**

 0.00 \$

 0.00 \$

Montant total des autres frais pour réaliser le projet

0,00\$

**2.3.3 Montant total des dépenses (2.3.1 + 2.3.2)**

**Montant total**

**3. Accompagnateurs**

**3.1 Nombre d'accompagnateurs embauchés**

 0

**3.2 Nombre total d'heures d'accompagnement effectuées**

 0

**3.3 Avez-vous effectuer la vérification des antécédents judiciaires (VAJ) du personnel d'accompagnement ?**

**3.3.1 Nombre d'accompagnateurs dont la VAJ a été effectuée**

 0

**3.3.2 Nombre d'accompagnateurs dont la VAJ n'a pas été effectuée**

 0

Si non effectuée, expliquez pourquoi

**3.4 Combien d'accompagnateurs ont reçu une formation en accompagnement**

 0

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

 0

**3.4.2 Certification en accompagnement camp de jour**

 0

**3.4.3 Autre formation équivalente**

 0

**3.4.4 Nombre d'accompagnateurs non formés**

 0

Si non formés, expliquez pourquoi

**4. Participants**

**4.1 Nombre de personnes handicapées ayant bénéficié de l'accompagnement par groupe d'âge**

12 ans et moins

 0

13 à 17 ans

 0

18 à 21 ans

 0

22 à 54 ans

 0

55 ans et plus

 0

**4.2 Nombre total de personnes handicapées ayant bénéficié de l'accompagnement (somme de 4.1)**

 0

### 5. Attestation

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

Nom

Fonction

Date de la signature (JJ/MM/AAAA)

Signature:  Aucun fichier choisi

Présentement joint :



[Accueil](#)  
[À propos](#)

[Aide](#)  
[Contact](#)

