

**Direction des affaires publiques
et du développement communautaire**
8400, boulevard Lacordaire
Saint-Léonard (Québec) H1R 3B1
Tél. 514 328-8500 poste 7031 Téléc. 514 328-7006

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RECONNAISSANCE DES ORGANISMES À BUT NON LUCRATIF

NOTE IMPORTANTE

AFIN QUE LA DIRECTION DES AFFAIRES PUBLIQUES ET DU DÉVELOPPEMENT
COMMUNAUTAIRE PUISSE PROCÉDER À L'ANALYSE DE VOTRE DEMANDE, VOUS DEVEZ
FOURNIR UN DOSSIER COMPLET.

AVANT D'ENVOYER VOTRE DEMANDE, VEUILLEZ VOUS ASSURER D'AVOIR JOINT TOUS LES
DOCUMENTS TELS QUE SPÉCIFIÉS À L'ANNEXE 5.

1. IDENTIFICATION DE L'ORGANISME

1.1 Nom de l'organisme (celui enregistré selon la loi) :

Nom usuel (s'il y a lieu) :

1.2 Votre organisme à but non lucratif est-il incorporé en vertu de la loi sur les compagnies (Partie III, L.R.Q., c.C-11.4)?

OUI NON

Si oui, veuillez indiquer la date d'incorporation (*joindre une copie des documents*) :

Numéro d'entreprise du Québec lié à l'Inspecteur Général des institutions financières (ce numéro apparaît sur vos lettres patentes ou consultez le www.registreentreprises.gouv.qc.ca) :

1.3 Adresse du siège social :

(Si l'organisme utilise l'adresse du président, coordonnateur ou directeur, veuillez l'indiquer.)

Adresse

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Télécopieur

Adresse électronique (courriel)

Adresse du bureau administratif, s'il y a lieu :

(Si l'organisme utilise une installation de l'arrondissement de Saint-Léonard ou une boîte postale, veuillez l'indiquer.)

Adresse

Ville

Province

Code postal

Téléphone

Télécopieur

Adresse électronique (courriel)

1.4 Période d'opération de l'organisme :

À l'année Occasionnelle

À la saison, soit de : _____ à _____,
et (si applicable) de : _____ à _____.

1.5 Secteur d'intervention

Développement social Loisir

Sport Culture

1.7 Objet de l'organisme :

ACTIVITÉS :

PLAN D'ACTION :

*Veillez fournir la documentation destinée à faire connaître votre organisme
(Programmation, promotion, dépliant, etc.)*

1.8 Clientèle visée (veuillez cocher une ou plusieurs clientèles selon votre réalité
d'organisme) :

- Famille
- Personnes avec déficience
- Jeunesse
- Aînés
- Adultes
- Autres (clientèles particulières)
Précisez : _____

2. VIE ASSOCIATIVE

2.1 Avez-vous des règlements généraux?

OUI NON

Si oui, veuillez les joindre à la présente demande;

2.2 Nombre total de membres actuels : _____

De Saint-Léonard : _____ De la Ville de Montréal : _____
De l'extérieur de la Ville de Montréal: _____

2.3 Combien de bénévoles compte votre organisme (excluant les membres du conseil d'administration)?

2.4 Durant quelle période de l'année se déroule votre assemblée générale annuelle?

2.5 À quelle fréquence les membres du conseil d'administration de votre organisme se rencontrent-ils au cours d'une année? (Veuillez joindre le calendrier.)

2.6 Tenez-vous des procès-verbaux des assemblées de votre organisme?

OUI NON

Si oui, veuillez joindre la copie du procès-verbal de la dernière assemblée à la présente demande;

2.7 Votre organisme est-il en lien avec d'autres organismes pour la réalisation de son mandat?

OUI NON

Si oui, précisez les noms et coordonnées de ces derniers :

2.8 Votre organisme est-il affilié à une fédération ou regroupement d'organismes?

OUI NON

Si oui, lequel? _____

Adresse _____

Soutien apporté _____

2.9 Votre organisme a-t-il mis en place des mesures pour assurer la sécurité (P. ex. code d'éthique, filtrage des bénévoles, etc.)?

OUI NON

Veuillez indiquer lesquelles :

2.10 Offrez-vous de la formation à vos bénévoles?

OUI NON

Si oui, quel type de formation et sous quelle forme?

3. GESTION

3.1 L'organisme produit-il et présente-t-il un bilan financier au conseil d'administration ?

OUI NON

Si oui, à quelle fréquence? _____

Sur quelle période s'étend votre année financière? _____

3.2 Quels sont vos sources de financement et les montants accordés?
(Donnez les chiffres de la dernière année financière complétée.)

Sources de financement	Montant
Gouvernement du Canada	
Gouvernement du Québec Ministère : _____	
Centraide Montréal	
Ville de Montréal	
Arrondissement de Saint-Léonard	
Campagnes de financement	
CRSSS	
Évènements spéciaux	
Fondations	
Commandites	
Autres (précisez) : _____	
Total	\$

3.3 Bilan des ressources allouées par l'arrondissement de Saint-Léonard

Catégorie	Type	Nombre
Matériel et logistique (P. ex. impression, photocopie, graphisme, billets, etc.)		
Événements spéciaux (P. ex. chapiteaux, scène, matériel audiovisuel, tables, chaises, etc.)		
Expertise professionnelle (P. ex. conseil, soutien administratif, présence au conseil d'administration, etc.)		
Espace permanent et ponctuel (P. ex. locaux à l'année, sur une base régulière, etc.)		
Assistance financière (P. ex. Contributions pour matériel sportif, MESS-ville, MICC-ville, etc.)		

3.4 Votre organisme a-t-il un numéro pour les taxes (TVQ, TPS, organisme de charité)?

OUI NON

Si oui, veuillez fournir votre numéro :

TVQ : _____, TPS : _____, Charité : _____

3.5 Avez-vous des employés rémunérés?

OUI NON

Si oui, précisez le nombre et leur fonction : _____

4. ASSURANCES

4.1 Votre organisme souscrit-il aux couvertures d'assurance suivantes?

OUI	NON	Description	Limite
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assurances responsabilité civile	_____ \$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assurances responsabilités des administrateurs et dirigeants	_____ \$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assurances accident	_____ \$
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assurances responsabilité des bénévoles	_____ \$

Cette assurance couvre-t-elle votre organisme seulement?

OUI NON

Si non, veuillez indiquer le nom de l'organisme qui souscrit pour votre organisme :

Veuillez faire remplir l'avenant d'assurance ci-après par votre assureur.

5. ENGAGEMENT

Je soussigné(e) _____, certifie, au nom de
Nom de la personne

_____, que les informations et documents fournis dans la présente
Nom de l'organisme

demande sont exacts.

Date

Signature du mandataire

ANNEXES

ANNEXE 1 : RÉOLUTION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL de la séance de _____

Nom de l'organisme

tenue le _____

Date, heure, lieu

Considérant qu'il existe à l'arrondissement de Saint-Léonard, une Politique de reconnaissance des organismes à but non lucratif

Considérant que le conseil d'administration estime remplir les critères d'admissibilité tels qu'ils sont spécifiés dans la Politique de reconnaissance;

IL EST PROPOSÉ PAR _____

APPUYÉ PAR _____

ET RÉSOLU À



L'UNANIMITÉ



MAJORITÉ

DE mandater _____ pour déposer une demande

Nom de la personne mandatée

de reconnaissance des organismes à but non lucratif, à la Direction des affaires publiques et du développement communautaire de l'arrondissement de Saint-Léonard;

DE compléter et fournir tous les documents requis pour ladite demande au nom de

Nom de l'organisme

_____ s'engage à respecter les politiques et règlements municipaux

Nom de l'organisme

actuels et futurs en matière de sport, loisir, de culture et de développement social.

Copie certifiée conforme, donnée le _____, à _____.

Signature du Président

Signature de la secrétaire

ANNEXE 3

Modèle de budget prévisionnel annuel

Revenus					Montant taxes incluses en \$	Total
Dons						
Contributions municipales de l'arrondissement						
Contributions municipales (Ville de Montréal)						
Contributions du gouvernement du Québec						
Contributions du gouvernement du Canada						
Évènements spéciaux						
Cotisations des membres						
Ventes						
Campagnes de financement						
Total des revenus						
Dépenses					Montant taxes incluses en \$	Total
Frais d'activités						
Équipement : achat ou location						
Fournitures de bureau, matériel d'animation						
Photocopies, impression, publicité						
Déplacements						
Locaux, conciergerie, surveillance, déneigement						
Assurances						
Total des frais d'activités						
Frais d'administration						
Frais administratifs						
Total des frais d'administration						
Ressources humaines						
Titre :						
1	Taux horaire	% avantages sociaux/sem.	Nbre h/sem.	Nbre Sem.		
Titre :						
2	Taux horaire	% avantages sociaux/sem.	Nbre h/sem.	Nbre Sem.		
Total des frais pour les ressources humaines						
Total des dépenses						
Revenu net ou déficit						

ANNEXE 4

Modèle de bilan financier

Pour la période du _____ au _____
 Ex. : 1er Avril 2010 au 31 Mars 2011

Produits	du _____ au _____	Budget de l'exercice	Écart (entre parenthèse si négatif)
<i>Ex. : Dons</i>	2555\$	2600\$	(445)\$
Dons			
Contributions municipales de l'arrondissement			
Contributions municipales (Ville de Montréal)			
Contributions du gouvernement du Québec			
Contributions du gouvernement du Canada			
Évènements spéciaux			
Biens mobiliers (s'il y a lieu)			
Biens immobiliers (s'il y a lieu)			
Cotisations des membres			
Ventes			
Campagnes de financement			
Total des produits			
Total des produits			
Charges	du _____ au _____	Budget de l'exercice	Écart (entre parenthèses si négatif)
Équipement : achat ou location			
Fournitures de bureau, matériel d'animation			
Photocopies, impression, publicité			
Déplacements			
Locaux, conciergerie, surveillance, déneigement			
Assurances			
Frais administratifs			
Ressources humaines			
Total des charges			
Bénéfice ou déficit net			

ANNEXE 5 : LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR

Veillez cocher les documents, une fois joints à la présente demande :

<input type="checkbox"/>	Lettres patentes et charte;
<input type="checkbox"/>	Règlements généraux à jour;
<input type="checkbox"/>	Copie du procès-verbal de la dernière assemblée générale annuelle;
<input type="checkbox"/>	Liste des membres du conseil d'administration avec leurs adresses, numéros de téléphone (jointe à la présente demande);
<input type="checkbox"/>	Liste des membres de l'organisation (voir modèle en annexe 2);
<input type="checkbox"/>	Le bilan financier pour la dernière année complétée, incluant, s'il y a lieu l'inventaire du matériel, des biens mobiliers et immobiliers que possède l'organisme (voir annexe 4);
<input type="checkbox"/>	Le budget prévisionnel pour l'année à venir (voir annexe 3);
<input type="checkbox"/>	Attestation annuelle de l'Inspecteur des institutions financières;
<input type="checkbox"/>	Résolution du conseil d'administration pour la demande de la reconnaissance (voir annexe 1);
<input type="checkbox"/>	Calendrier des rencontres du Conseil d'Administration;
<input type="checkbox"/>	Bilan des activités;
<input type="checkbox"/>	Programmation passée et à venir et les rapports d'activités associés;
<input type="checkbox"/>	Preuves d'assurance;
<input type="checkbox"/>	Preuve d'affiliation (s'il y a lieu);
<input type="checkbox"/>	Grille de tarification, s'il y a lieu;
Adressez la demande à Mairie d'arrondissement de Saint-Léonard Direction des affaires publiques et du développement communautaire Demande « Politique de reconnaissance des organismes à but non lucratif » 8400 Boulevard Lacordaire Montréal, Québec, H1R 3B1	