

ORGANISME SOCIOCOMMUNAUTAIRE

Avant de remplir ce formulaire, assurez-vous de lire la **politique de soutien et de reconnaissance**
Les cases bleues contiennent des explications: placez le curseur sur la case afin de voir l'info-bulle

Nouvelle demande

Date de la demande :

JJ / MM / AAAA

Renouvellement

Date limite pour la remise de cette demande : 24 janvier 2020, 16 h 30

Section 1 : Identification

Nom de l'organisme :

No. d'entreprise du
Québec :

Date d'immatriculation :

JJ / MM / AAAA

No. de bienfaisance :
(si applicable)

RR

Adresse du siège social :

(numéro et nom de la rue)

(Arrondissement, ville, province)

(code postal)

No. de téléphone : - -

Établissement à Saint-
Laurent (si différent) :

(numéro et nom de la rue)

(Arrondissement, ville, province)

(code postal)

Adresse courriel :

Site internet :

Clientèle(s) cible
(cocher les cases
applicables) :

0-5 ans	6-12 ans	13-17 ans	
18-54 ans	55 ans et plus		
Sexe	Féminin	Masculin	Mixte

Brève description de la mission de votre organisme

BILAN FINANCIER DE L'ORGANISME

Quelle est la date de fin de l'exercice financier de votre organisme?

JJ / MM / AAAA

Quel est le total des revenus annuels (basé sur le dernier exercice financier)?

Indiquez les sources de financement de votre organisme (cochez les cases correspondantes) et le montant correspondant pour chacune des catégories cochées de votre dernier exercice financier.

	Montant			
Cotisation des membres		Veillez spécifier les financements qui sont pour votre mission de base. C'est à dire qui ne sont pas dédiés spécifiquement pour la livraison d'un programme ou d'une initiative.		
Tarification des activités				
Vente de produits				
Dons				
Collecte de fonds			<u>Nom du programme</u>	<u>Montant</u>
Centraide				
Subventions municipales				
Subventions provinciales				
Subventions fédérales				
Autres*				
	Total			

*Si vous avez indiqué « Autres » veuillez fournir des détails.

Veillez indiquer le montant reçu en dons au cours des trois derniers exercices financiers débutant par le plus récent.

	Moyenne		
Année 1 (la plus récente)	Année 2	Année 3	

ASSURANCES

Votre organisme souscrit-il à une couverture d'assurances?

Oui

Non

Si oui, veuillez indiquer quelles sont les protections de votre police :

Montant de la protection

Administrateurs et dirigeants
Responsabilité civile
Biens

IDENTIFICATION DU REpondant OFFICIEL

Madame

Monsieur

Prénom

Nom

No de téléphone :

- -

Poste

Adresse courriel :

Titre de la fonction occupée dans l'organisme :

Copie jointe de la résolution de votre C.A. vous autorisant à déposer cette demande de reconnaissance :

Oui

À venir

JJ / MM / AAAA

Je déclare avoir pris connaissance des modalités inhérentes à cette demande et confirme que l'organisme que je représente est en règle et est conforme aux exigences de la Politique de soutien aux organismes, telles que décrites dans le présent formulaire. Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts à la date du dépôt de la présente demande.

Signature du demandeur (manuscrite ou numérique)

JJ / MM / AAAA

DOCUMENTS OBLIGATOIRES À JOINDRE

Relevé de l'état des renseignements du Registraire des entreprises du Québec à jour

Procès verbal de la dernière A.G.A.

Preuve d'assurances

Règlements généraux de la corporation

Dernier rapport d'activité

États financiers les plus récents

Liste des membres du conseil d'administration (nom, fonction et adresse de résidence)

Liste numérotée des code postaux des usagers

**Veillez transmettre la demande avant la date limite à :
Arrondissement de Saint-Laurent
Division des loisirs et du développement social
Att. Conseillère en développement communautaire
1375, rue Grenet
Saint-Laurent (Québec) H4L 5K3**