**Programme d’assistance financière  
au loisir des personnes handicapées  
(PAFLPH) 2019-2020**

**Rapport d’activités – Utilisation de la subvention  
« Volet soutien aux projets » (Option Loisir)**

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 2020** (le cachet de la poste faisant foi) à l’organisme responsable de la gestion du programme régional.
* Le rapport doit être rempli directement dans le document électronique ou en lettres moulées.
* Toute fausse déclaration entraîne l’exclusion du programme.





1. **Volet « Soutien aux projets » (Option Loisir)**

* 1. Budget du projet :

**Dépenses**

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

Détaillez :

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_\_$
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_\_$
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_\_$

1.1.2 Autres dépenses pour réaliser le projet **(Fait référence à tous les** : \_\_\_\_\_\_$

**Autres frais non admissibles dans le cadre du programme)**

1.1.3 Dépenses totales du projet (1.1.1 + 1.1.2**) (Le montant total des** : \_\_\_\_\_\_$

**dépenses doit être égal au montant total des revenus)**

**Revenus**

1.1.4 Aide financières reçue en vertu de ce volet en 2019 : \_\_\_\_\_\_$

1.1.5 Détails des autres sources de financement qui ont servi à financer : \_\_\_\_\_\_$

le projet

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

1.1.6 Revenus totaux du projet (1.1.4 + 1.1.5) **(Le montant total des** : \_\_\_\_\_\_$

**dépenses doit être égal au montant total des revenus)**

* 1. Participants
     1. Nombre de personnes handicapées soutenues en vertu de ce volet : \_\_\_\_\_
     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 :\_\_

1. **Attestation**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom Fonction

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature Date