



## *Municipalité de Chute-Saint-Philippe*

### **SOUTIEN AUX ORGANISMES À BUT NON LUCRATIF (O.B.N.L.)**

Année budgétaire : \_\_\_\_\_

NOM DE L'ORGANISME : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

TÉLÉCOPIEUR : \_\_\_\_\_

COURRIER ÉLECTRONIQUE : \_\_\_\_\_

NEQ : \_\_\_\_\_

VOTRE NOM : \_\_\_\_\_

VOTRE FONCTION AU SEIN DE L'ORGANISME : \_\_\_\_\_

DÉCRIRE BRIÈVEMENT LE BUT OU LA MISSION DE L'ORGANISME :

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

**VEUILLEZ DÉCRIRE LA OU LES ACTIVITÉS QUE VOUS VOULEZ RÉALISER AVEC CETTE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE :**

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

IDENTIFIEZ LA CLIENTÈLE VISÉE PAR VOTRE OU VOS ACTIVITÉS EN COCHANT LA CASE APPROPRIÉE :

Ensemble de la population ( ) Les adultes ( )  
La famille ( ) Les personnes handicapées ( )  
Les personnes âgées ( ) Autres : \_\_\_\_\_  
Les enfants ou adolescents ( )

QUEL EST LE MONTANT DE VOTRE OBJECTIF FINANCIER TOTAL EN LIEN AVEC VOTRE OU VOS ACTIVITÉS : \_\_\_\_\_ \$

QUEL EST LE MONTANT DEMANDÉ À LA MUNICIPALITÉ : \_\_\_\_\_ \$

LE NOMBRE DE MEMBRES DE VOTRE ASSOCIATION : \_\_\_\_\_

LE COÛT DE LA COTISATION S'IL Y A LIEU : \_\_\_\_\_ \$

FOURNIR UN RAPPORT D'ACTIVITÉ / FINANCIER SUR VOTRE DERNIÈRE DEMANDE DE SUBVENTION ACCORDÉE PAR LA MUNICIPALITÉ document joint :  oui  non

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**À RETOURNER AVANT LE 30 OCTOBRE DE L'ANNÉE À :**

Municipalité de Chute-Saint-Philippe  
560, chemin des Voyageurs  
Chute-Saint-Philippe, Qc J0W 1A0

OU

À L'ADRESSE COURRIEL SUIVANTE : [reception@chute-saint-philippe.ca](mailto:reception@chute-saint-philippe.ca)