



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