



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

NOM DE L'ORGANISME : _____

NOM DE LA PERSONNE RESPONSABLE : _____

FONCTION DE CETTE PERSONNE AU SEIN DE L'ORGANISME : _____

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

ADRESSE DE CORRESPONDANCE POSTALE : _____

TÉLÉPHONE : _____

TÉLÉCOPIEUR : _____

COURRIER ÉLECTRONIQUE : _____

INFORMATION ADDITIONNELLE SUR VOTRE ORGANISME

1. IDENTIFIEZ LA CLIENTÈLE VISÉE EN COCHANT LA CASE APPROPRIÉE

Ensemble de la population : _____

La famille : _____

Les personnes âgées : _____

Les enfants ou adolescents _____

Les adultes : _____

Les personnes handicapées : _____

Autres : _____

LES NOMS ET FONCTIONS DES MEMBRES DU CA :

INFORMATION SUR LE FINANCEMENT DE VOTRE ORGANISME

1. Quel est le montant de vos besoins pour la prochaine année : _____
2. Quel est le montant demandé à la municipalité : _____
3. Le nombre de membres : _____
4. Le coût de la cotisation : _____
5. Une copie du procès-verbal de leur assemblée générale annuelle
6. Le rapport financier (le plus récent) ou bilan de l'activité
7. Veuillez joindre les prévisions budgétaires de votre organisme pour l'année de la demande. (Si non disponible, veuillez nous faire parvenir votre bilan financier de l'année en cours ou précédente).
8. Copie de votre charte

Note : vous devez comprendre que, suite aux multiples demandes reçues par le passé, nous nous devons de prendre le plus d'informations possible afin que le conseil puisse prendre une décision éclairée et ainsi supporter les organismes par ordre de mérite.

À RETOURNER AVANT LE 07 OCTOBRE 2019 À :

Municipalité de Ferme-Neuve
125, 12^e Rue
Ferme-Neuve (Québec) J0W 1C0
Télécopieur : 819-587-4733