



Formulaire de demande

1 Nom du programme ou de l'organisme qui présente la demande :

2 Coordonnées du programme ou de l'organisme :

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

3 Nom et coordonnées du ou de la responsable de la demande :

Nom : _____ Fonction : _____

Tél. : _____ Poste : _____

Courriel : _____

4 Nom et coordonnées de l'intervenant du CSSS de Charlevoix associé à la demande :

Nom : _____ Fonction : _____

Tél. : _____ Poste : _____

Courriel : _____

Répondre aux questions suivantes sur un document à part

5 Décrivez en quelques mots à quoi servira l'argent que vous demandez au Fonds santé enfance-ados.

6 Décrivez la clientèle visée par votre projet.

7 Faites la liste des organismes ou intervenants partenaires.

8 Comment envisagez-vous la pérennité de votre projet ?

9 Résumer le financement de votre projet

Votre contribution : _____ \$ Partenaires : _____ \$

Autofinancement : _____ \$ Autres : _____ \$

Demande au FSEA : _____ \$ TOTAL DU PROJET : _____ \$

10 Documents et renseignements complémentaires

Pour les OBNL :

- Joindre une copie du dernier rapport financier.
- Indiquez le surplus non affecté de l'organisme selon le dernier rapport financier : _____ \$.
- Votre organisme prévoit-il utiliser ce surplus au cours du prochain exercice financier ? (précisez)

Pour tous les projets :

- Joindre le montage financier
- Deux soumissions pour tout achat ou travaux supérieurs à 1 000 \$
- Tout autre document pertinent.

Fonds santé enfants-ados & Fondation HBSP

74, Ambroise-Fafard, Baie-Saint-Paul (Québec) G3Z 2J6

Tél. : (418) 435-5150 poste 2372 Téléc : (418) 435-2560

courriel : info@fondationhbsp.org Site Internet : www.fondationhbsp.org