



Corporation de la ville de Hawkesbury

Formulaire de rapport d'activités et évaluation des résultats

Veuillez noter que seulement les organismes qui compléteront toutes les exigences et rempli les rapports prescrits dans la politique de reconnaissance des organismes seront éligibles pour des demandes futures.

Profil de l'organisme

SECTION A – Coordonnées

Nom de l'organisme :

Adresse postale :

Personne-ressource :

Numéro de téléphone :

Courriel :

Numéro de l'organisme :

SECTION B - Sommaire du projet

Nom de l'activité, du programme ou de l'événement :

Montant reçu de la ville (en argent ou valeur du soutien) :

Nombre de participants approximativement :

Quel public cible a participé à votre projet (cochez tout ce qui s'applique) :

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bébés | <input type="checkbox"/> Femmes | <input type="checkbox"/> Première nation, inuit, métis |
| <input type="checkbox"/> Enfants | <input type="checkbox"/> Mères | <input type="checkbox"/> Personnes à faible revenu |
| <input type="checkbox"/> Jeunes adolescents | <input type="checkbox"/> Hommes | <input type="checkbox"/> À mobilités réduites |
| <input type="checkbox"/> Jeunes adultes | <input type="checkbox"/> Pères | <input type="checkbox"/> Membres LGBTQ2+ |
| <input type="checkbox"/> Adultes | <input type="checkbox"/> Familles | <input type="checkbox"/> Nouveaux arrivants |
| <input type="checkbox"/> Personnes âgées | <input type="checkbox"/> Grands-parents | <input type="checkbox"/> Minorités visibles et racisés |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____ | <input type="checkbox"/> Non-genrées | <input type="checkbox"/> Soutien en santé mentale |

Votre projet a excédé les attentes ?

Oui

☐

Non

☐

Si non, donnez les raisons pour lesquelles la participation a été moindre selon vous :

Quels défis avez-vous dû relever ?

Qu'est-ce qui doit ou pourrait être amélioré? _____

SECTION C – Partie financière

RECETTES ENGENDRÉES	Budget	Réel
a) Subventions gouvernementales (incluant en nature) :		
i) Municipal	\$	\$
ii) Provincial	\$	\$
iii) Fédéral	\$	\$
b) Campagne de financement (précisez)		
i)	\$	\$
ii)	\$	\$
iii)	\$	\$
c) Dons et autres subventions (Veuillez inclure les bénévoles et les appuis de services)	\$	\$
d) Frais d'entrée ou de participation	\$	\$
e) Autres revenus (précisez)		
i)	\$	\$
ii)	\$	\$
TOTAL DES RECETTES	\$	\$
DÉPENSES	Budget	Réel
a) Salaires et prestations	\$	\$
b) Location	\$	\$
c) Équipement et ameublement	\$	\$
d) Fournitures de bureau et services	\$	\$
e) Transport	\$	\$
f) Publicité	\$	\$
g) Traduction et interprétation	\$	\$
h) Autres dépenses (précisez)		
i)	\$	\$
ii)	\$	\$
TOTAL DES DÉPENSES	\$	\$
SURPLUS OU (DÉFICIT)	\$	\$

Avez-vous terminé avec un surplus ☐ ou un déficit ☐ ?
Qu'allez-vous faire de ces argents ou pour combler ce manque ? _____

SECTION D – Déclaration et signatures

Par la présente, je certifie que les renseignements contenus dans ce formulaire sont aussi exacts que possible selon mes connaissances, et je suis autorisée à agir au nom de l'organisme.

Nom

Signature

Titre

Date

NOTE : Tous les renseignements contenus dans cette demande sont assujettis à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*.

SECTION E – Liste de contrôle

Voici les documents qui doivent accompagner votre demande afin qu'elle soit complète. Veuillez cocher (✓) les cases ci-dessous pour vous aider.

- ☐ Les sections A à D de la demande dûment remplies incluant les pièces justificatives des dépenses.
- ☐ Signature du membre responsable au nom du conseil d'administration.
- ☐ Photographies, articles de journaux et toutes autres preuves à l'appui concernant votre projet ; activité ou événement (si possible).

Veillez noter qu'après la révision de votre rapport, il est possible que des renseignements supplémentaires vous soient demandés.

Veillez utiliser cette partie pour ajouter des commentaires ou faire un suivi :

