



PROGRAMME D'AIDE POUR UNE ENTENTE DE PARTENARIAT EN SPORT POUR PERSONNES HANDICAPÉES 2016-2017

NATURE DU PROGRAMME

Ce programme vise à soutenir financièrement les clubs sportifs ou organisations sportives, qui offrent un **programme d'entraînement** pour personnes handicapées, via des entraîneurs certifiés. Il sous-entend également une contribution financière de l'organisme promoteur.

1) Les objectifs :

- Favoriser la pratique sportive sécuritaire et régulière des personnes handicapées;
- Favoriser l'accès aux personnes handicapées à des programmes sportifs déjà reconnus, tel que les Jeux du Québec, les Olympiques spéciaux, le sport étudiant;
- Favoriser un encadrement de qualité par des entraîneurs qualifiés et compétents.

2) L'organisme coordonnateur en région :

L'Unité régionale de loisir et de sport de la Mauricie assure la responsabilité de la mission loisir pour les personnes handicapées en Mauricie.

3) Le territoire :

Tous les clubs sportifs ou organisations sportives de la région de la Mauricie, ayant leur siège social à l'intérieur du territoire de l'une ou l'autre des trois villes et des trois MRC suivantes, sont invités à présenter un projet :

- Ville de Trois-Rivières;
- Ville de Shawinigan;
- Ville de La Tuque;
- MRC de Maskinongé;
- MRC de Mékinac;
- MRC des Chenaux.

4) Les conditions d'admissibilité de votre organisme:

- 4.1 Être une corporation sans but lucratif;
- 4.2 Avoir votre association régionale sportive de votre sport membre de l'URLS de la Mauricie;
- 4.3 Avoir une Fédération québécoise sportive unisport reconnue par Sports-Québec;
- 4.4 Utiliser le formulaire ci-joint pour présenter son projet;
- 4.5 Respecter la date limite de présentation de projet.

5) Les conditions d'éligibilité de votre projet :

- 5.1 Soutien à l'engagement d'entraîneurs responsables de l'entraînement régulier de personnes handicapées;
- 5.2 Engagement d'entraîneur qualifié et certifié niveau 1 ou plus;
- 5.3 Les personnes handicapées doivent résider en Mauricie;
- 5.4 Les entraînements doivent se dérouler en Mauricie.

6) Rapport d'activité :

L'organisme responsable du projet devra soumettre un rapport d'activité à l'URLS de la Mauricie une fois l'activité réalisée. L'URLSM fournira le rapport-type requis.

7) Priorités:

Bien que ce n'est pas exclusif, l'URLS de la Mauricie priorisera les projets :

- qui touchent plusieurs personnes handicapées;
- dont les personnes handicapées ont 21 ans ou moins en priorité;
- qui sont en lien direct avec un autre programme reconnu par le MELS, tel que les Jeux du Québec, les Olympiques spéciaux, le « sport étudiant »...

8) Formulaire de présentation du projet :

Voir annexe

Prenez note :

L'aide financière sera accordée sous réserve de l'approbation du programme et des crédits par le conseil du trésor.

Pour plus d'information, communiquez avec :

Hélène Houde

819.691.3075, poste 6538

helene.houde@urlsmauricie.com

FORMULAIRE POUR UNE ENTENTE DE PARTENARIAT EN SPORT POUR PERSONNES HANDICAPÉES 2016-2017



UNITÉ RÉGIONALE
DE LOISIR ET DE SPORT
DE LA MAURICIE

Québec 

1. Identification de l'organisme et du mandataire

Nom légal de l'organisme/institution: _____
Nom/prénom du président(e)/directeur: _____
Adresse du domicile : _____ app. # _____
Ville : _____ Code postal : _____
Téléphone rés. : () _____ Téléphone trav. : () _____
Courriel : _____

2. Statut de l'organisme sportif demandeur (ne s'applique pas à une institution scolaire)

2.1 Votre organisme est affilié à quelle Fédération sportive? _____
2.2 Veuillez annexer une copie de vos lettres patentes.

3. Description de votre projet

3.1 Titre du projet: _____
3.2 Objectifs poursuivis: _____ _____ _____
3.3 Site et adresse du site d'entraînement : _____
3.4 Participants : - Déficience : Physique <input type="checkbox"/> Nb de personnes : _____ Intellectuelle <input type="checkbox"/> Nb de personnes : _____ TED <input type="checkbox"/> Nb de personnes : _____ Visuelle <input type="checkbox"/> Nb de personnes : _____ Auditive <input type="checkbox"/> Nb de personnes : _____ - Problème de santé mentale : <input type="checkbox"/> Nb de personnes : _____
Total de personnes : _____

Groupe d'âge des participants (précisez le nombre) :

6-12 ans : () 13-17 ans : () 18-21 ans : ()
22-35 ans : () 36- 54 ans : () 55 ans et + : ()

4. Provenance des participants

Ville de Trois-Rivières
Ville de Shawinigan
Agglomération de La Tuque

MRC de Mékinac
MRC Des Chenaux
MRC de Maskinongé

5. Programmation

4.1 Dates de déroulement : du _____ au _____

4.2 Fréquence/semaine : _____ séance (s) Nombre d'heure(s) par séance d'entraînement : _____

4.3 Nombre total d'heures d'entraînement : _____ heures

6. Encadrement

6.1 Nombre d'entraîneurs encadrant les participants : _____ entraîneurs

6.2 Quelles sont les qualifications des entraîneurs?

Nom de l'entraîneur	Qualification ou certification
_____	_____
_____	_____
_____	_____

6.3 Ratio d'encadrement du participant pour les entraîneurs (précisez le nombre)

1/1 () 1/2 () 1/3 () 1/4 () 1/5 () 1/6 ()

Autre ratio (précisez) : _____

6.4 Nombre d'intervenants (autres que les entraîneurs) encadrant les participants : _____ intervenants

7. Partenariat

7.1 Existe-t-il d'autre(s) organisme(s) qui collabore (nt) à la réalisation de votre projet? Oui () Non ()

7.2 Si oui, précisez leur nom et leur contribution?

Nom de l'organisme

Contribution

8. Prévisions budgétaires pour le programme des personnes handicapées seulement

Revenus	Montant \$	Dépenses	Montant \$
1) Contribution financière de votre organisme pour le programme des personnes handicapées		11) Frais de site d'entraînement pour le programme des personnes handicapées	
2) Contribution financière de votre Fédération québécoises sportive pour le programme des personnes handicapées		12) Salaire ou frais d'entraîneurs pour le programme des personnes handicapées	
3) Contribution financière de votre municipalité pour le programme des personnes handicapées		13) Salaire ou frais pour personnel d'encadrement pour le programme des personnes handicapées	
4) Contribution financière de votre institution scolaire pour le programme des personnes handicapées		14) Frais de transport pour le programme des personnes handicapées	
5) Contribution financière de l'organisme pour personnes handicapées concerné		15) Matériel périssable et fourniture pour le programme des personnes handicapées	
6) Contribution financière demandée à l'URLS de la Mauricie pour le programme des personnes handicapées		16) Location de matériel pour le programme des personnes handicapées	
7) Frais d'inscription des participants pour le programme des personnes handicapées		17) Frais de communication pour le programme des personnes handicapées	
8) Autres sources de revenus : précisez		18) Autres dépenses : précisez	
Total des revenus		Total des dépenses	

9. Déclaration

Je, soussigné, déclare avoir pris connaissance des conditions régissant ce programme d'assistance financière et accepte de m'y conformer. Je m'engage, par la présente, à utiliser les argents versés par l'URLS de la Mauricie pour les fins auxquelles ils ont été attribués. De plus, notre organisme s'engage à remettre le rapport-type de l'URLS de la Mauricie complété à la fin du projet, celui-ci devenant conditionnel à une demande ultérieure de soutien financier.

En foi de quoi j'ai signé :

Signature du mandataire

Date

ADRESSE DE RETOUR DU FORMULAIRE: **URLS de la Mauricie**
Centre sportif Alphonse-Desjardins
260 rue Dessureault
Trois-Rivières, Qc G8T 9T9

Courriel : **helene.houde@urlsmauricie.com**