



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

## NATURE DU PROGRAMME

Ce programme vise à soutenir financièrement les organismes réalisant des interventions en loisir et sport auprès des personnes handicapées. Il sous-entend également une contribution financière de l'organisme promoteur.

### 1) Les objectifs :

- Favoriser la pratique du loisir et du sport de façon sécuritaire et régulière des personnes handicapées;
- Favoriser l'accès aux personnes handicapées à des programmes de loisir et du sport déjà reconnus.
- Favoriser un encadrement de qualité par des accompagnateurs 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 et sport pour les personnes handicapées en Mauricie.

### 3) Le territoire :

Tous les organismes 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 un organisme ayant une mission de loisir ou réalisant des activités de loisir et de sport pour les personnes handicapées
- 4.2 Être une corporation sans but lucratif;
- 4.3 Avoir un conseil d'administration
- 4.4 Utiliser le formulaire ci-joint pour présenter son projet;
- 4.5 Respecter les dates limites de présentation de projet.

### 5) Les conditions d'éligibilité de votre projet :

- 5.1 Les personnes handicapées doivent résider en Mauricie;
- 5.2 Les activités 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) Orientation de partenariat

- Les organismes à mission loisir exclusive : le soutien à des orientations et activités découlant de la mission loisir
- Les organismes de loisir et de sport partenaires : le soutien à l'engagement de ressources humaines spécialisées et le soutien à des projets concertés
- Les organismes communautaires : le soutien à des projets d'activités s'inscrivant dans les cadres suivants :
  - camp de jour (minimum 6 semaines)
  - camp de vacances (minimum 3 jours)
  - activités d'intégration concertées (minimum 1 journée)
  - activités de loisir, activité physique régulière (fréquence 1 fois / sem., min 10 sem )

## 8) Échéancier :

<i>Date</i>	<i>Action</i>
31 mars 2016	Dépôt

Hélène Houde  
819.691.3075, poste 6538  
[helene.houde@urlsmauricie.com](mailto:helene.houde@urlsmauricie.com)



## 9) Formulaire de présentation du projet :

Voir en annexe

### Prenez note :

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

# FORMULAIRE D'AIDE POUR UNE ENTENTE DE PARTENARIAT EN LOISIR POUR PERSONNES HANDICAPÉES 2016-2017

Projet soutenu grâce à la subvention du Ministère



UNITÉ RÉGIONALE  
DE LOISIR ET DE SPORT  
DE LA MAURICIE

Québec 

## 1. Identification de l'organisme

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

## 2. Nom de la personne responsable du projet

2.1 Responsable du projet? _____
2.2 Téléphone : _____ Télécopieur : _____

## 3. Description de votre projet

3.1 Titre du projet: _____
3.2 Objectifs poursuivis: _____ _____ _____
3.3 Site et adresse de l'activité : _____ _____
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 : _____  <b>Total de personnes : _____</b>

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

5.1 Dates de déroulement du projet : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

5.2 Fréquence/semaine : \_\_\_\_\_ séance (s)      Nombre d'heure(s) par séance: \_\_\_\_\_

#### 6. Encadrement

6.1 Nombre d'accompagnateurs encadrant les participants : \_\_\_\_\_ accompagnateurs

6.2 Quelles sont les qualifications des accompagnateurs?

Nom de l'accompagnateur	Qualification
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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

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

Autre ratio (précisez) : \_\_\_\_\_

#### 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
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Joignez une annexe si nécessaire

