

Formulaire de proposition d'une activité-bénéfice au profit de la Fondation Hôpital Charles-LeMoyne

Responsable du projet :

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de votre organisation (si applicable) : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Province : _____ Code postal _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Site Internet : _____

1. Description de votre activité :

2. Date prévue de votre activité :

Date de l'activité : _____ Heure: _____

3. Lieu où se déroulera l'activité :

Lieu : _____

Adresse : _____ Ville: _____

Province : _____ Code postal: _____

4. Vos besoins :

Matériel

Faites l'inventaire du matériel dont vous aurez besoin pour votre activité :

Bénévoles

Qui approcherez-vous en tant que bénévole? (famille, amis, élèves, clients, autres)

5. Budget estimé

Revenus	Résultats attendus	
Nombres de participants		Total :
Revenu estimé par participants		
Commandites		
Dons		
Autres revenus		
Total Revenus		

Dépenses	
Location de salle/équipement	
Publicité (affiches, dépliants...)	
Nourriture et boisson	
Autres dépenses	
Total Dépenses	
Revenus nets	

6. Parlez de votre activité :

De quelles façons comptez-vous publiciser votre activité? (réseaux sociaux, journal, radio, lettre, dépliant, ou autres)

7. Entente

IL EST ENTENDU QUE l'activité-bénéfice doit être préalablement autorisée par la Fondation Hôpital Charles-LeMoine. Aucune activité ne peut avoir lieu sans l'autorisation écrite d'un représentant de la Fondation.

IL EST CONVENU QU'il est de la responsabilité de l'organisateur de trouver des bénévoles, de se procurer les permis nécessaires et de faire la promotion de son activité.

IL EST CONVENU QU'aucune somme d'argent, sous forme de chèque, de mandat ou en liquidité, ne pourra être octroyée aux organisateurs d'une activité de tierce partie dans le but de payer leurs dépenses. Toutefois, la Fondation Hôpital Charles-LeMoine pourra émettre des reçus officiels de don selon les lois en vigueur.

IL EST CONVENU QUE tout matériel publicitaire ou promotionnel devra être approuvé avant sa diffusion par la responsable des communications ou la direction générale. La Fondation se réserve le droit d'annuler le projet si, pour des motifs sérieux, elle n'est pas d'accord avec l'utilisation qui est faite de son nom ou de son logo.

IL EST CONVENU QUE le responsable de l'activité dégage la Fondation Hôpital Charles-LeMoine de toute responsabilité de quelque nature que ce soit reliée à l'activité.

IL EST CONVENU QUE La Fondation se réserve le droit d'exiger un état financier ou un budget détaillé de l'activité-bénéfice.

Signature du responsable de l'activité

Date

Veillez retourner ce formulaire:

Par courriel:
emelie.lebeau@fhclm.ca

Par la poste :
Fondation Hôpital Charles-
LeMoine
3120, boul. Taschereau
Greenfield Park, Québec
J4V 2H1

Par télécopieur :
450 672-1716

A l'usage de la Fondation Hôpital Charles-LeMoine

Projet reçu le : _____

Votre proposition est : Acceptée
Refusée

Signature du représentant de la Fondation

Date