



Municipalité de Kiamika

SOUTIEN AUX ORGANISMES À BUT NON LUCRATIF (O.B.N.L.) ET AUTRES ORGANISMES RECONNUS **(À RETOURNER AVANT LE 30 OCTOBRE DE CHAQUE ANNÉE)**

ANNÉE DE LA DEMANDE: _____

NOM DE L'ORGANISME : _____

NOM DE LA PERSONNE DÉSIGNÉE : _____

FONCTION DE CETTE PERSONNE AU SEIN DE L'ORGANISME : _____

DÉCRIRE BRIÈVEMENT LE BUT OU LA MISSION DE L'ORGANISME :

ADRESSE DE CORRESPONDANCE POSTALE : _____

TÉLÉPHONE : _____ TÉLÉCOPIEUR : _____

COURRIER ÉLECTRONIQUE : _____

INFORMATION ADDITIONNELLE SUR VOTRE ORGANISME

1. IDENTIFIEZ LA CLIENTÈLE VISÉE EN COCHANT LA CASE APPROPRIÉE

Ensemble de la population () Les adultes ()

La famille () Les personnes handicapées ()

Les personnes âgées () Autres ()

Les enfants ou adolescents ()

2. QUEL EST LE MONTANT DEMANDÉ À LA MUNICIPALITÉ : _____

VEUILLEZ JOINDRE LA COPIE LA PLUS RÉCENTE DE VOTRE CHARTE OU DU REGISTRE DES ENTREPRISES. *(Si non disponible, veuillez nous fournir ici la liste des membres de votre conseil d'administration et leurs fonctions respectives).*

À RETOURNER AVANT LE 30 OCTOBRE DE CHAQUE ANNÉE À :

*Municipalité de Kiamika
3, chemin Valiquette
Kiamika (Québec) J0W 1G0*

OU

*dga@kiamika.ca
819 585-3992 (télécopieur)*