|  |
| --- |
| **Section 1 - Informations sur l’organisme et le demandeur** |
|  |
| Nom de l’organisme ou de la maison d’enseignement :       |
| Organisme sans but lucratif : [ ] oui [ ] non  |
| Numéro d’organisme de bienfaisance (s’applique aux demandes de dons) :       |
| **Description sommaire de l’organisme ou de sa mission** |
|       |
| **Informations sur le demandeur** |
| Nom et prénom : |
| Fonction occupée par le demandeur au sein de l’organisme ou de la maison d’enseignement :  |
| Le demandeur est :[ ]  Membre de l’OPPQ  🡪 [ ]  Physiothérapeute [ ]  Technologue en physiothérapie[ ]  Étudiant en physiothérapie ou en techniques de physiothérapie [ ]  Autre |
| **Coordonnées** |
| Adresse : |
| Ville :  | Code postal : |
| Téléphone :  | Télécopieur : |
| Courriel :  |
| Site Internet : |

**DEMANDE DE DONS OU DE COMMANDITES** *Conformément à la Politique d’octroi des dons et commandites
de l’Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ)*

|  |
| --- |
| **IMPORTANT*** Avant de commencer, veuillez prendre connaissance de la [Politique d’octroi des dons et commandites de l’OPPQ](https://oppq.qc.ca/document/politique-octroi-dons-commandites/). Si votre activité ou votre projet respecte les critères d’admissibilité, vous pouvez effectuer une demande ;
* Veuillez remplir ce formulaire, l’imprimer, le signer et le transmettre à l’OPPQ au moins 90 jours avant la tenue de l’activité ;
* N’oubliez pas d’inclure les documents demandés à la section 2.
 |

|  |
| --- |
| [ ]  Demande de don [ ]  Demande de commandite |

|  |
| --- |
| **Section 2 - Informations sur l’activité, le projet ou l’événement** |
|  |
| **Description**  |
| Titre : |
| Date : |
| Lieu : |
| Résumez de façon claire et succincte l’activité, le projet ou l’événement faisant l’objet de la demande (s.v.p., veuillez annexer à votre demande une description détaillée de l’activité) : |
| **Secteurs d’intervention** |
| [ ]  Promotion de la santé physique [ ]  Prévention de la santé physique [ ]  Curatif[ ]  Milieu scolaire [ ]  Autre, précisez :  |
| **Objectifs**  |
| Décrire les objectifs visés par l’activité, le projet ou l’événement : |
| **Impacts de l’activité, du projet ou de l’événement en fonction de la portée** |
| Portée :**[ ]** Locale **[ ]** Régionale **[ ]** Provinciale **[ ]** Nationale **[ ]** InternationaleImpacts : |
| **Visibilité [[1]](#footnote-1)(champ facultatif pour les demandes de dons)** |
| Description détaillée de la visibilité offerte à l’OPPQ (s.v.p., veuillez en plus annexer à votre demande le plan de visibilité) : |

|  |
| --- |
| **Section 3 – Renseignements d’ordre financier** |
|  |
| Montant demandé ($) : |
| L’OPPQ a-t-il déjà soutenu financièrement votre organisme, votre maison d’enseignement ou une de vos activités ? [ ] oui [ ] non Si oui, précisez :  |
| Veuillez expliquer de quelles façons les fonds demandés seront utilisés : |
| **Personne ou organisme au nom duquel le soutien financier sera consenti** |
| Nom : |
| Adresse :  |
| Courriel : |
| Numéro de téléphone : |

|  |
| --- |
| **Section 4 – Signature** |
| 🡪 Signé à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signature du demandeur  |

|  |
| --- |
| **Veuillez acheminer à l’OPPQ le formulaire dûment rempli et signé au moins 90 jours avant la tenue de l’activité, du projet ou de l’événement****Par courriel :** **communications@oppq.qc.ca****Par la poste :** Ordre professionnel de la physiothérapie du QuébecDirection des communications7151, rue Jean-Talon Est, bureau 1000Anjou (Québec) H1M 3N8**Par télécopieur** : 514 351-2658**RAPPEL** **À joindre à votre demande** :[ ]  Formulaire dûment rempli et signé [ ]  Documents requis à la section 2 |

1. [↑](#footnote-ref-1)