

ANNEXE 2

FORMULAIRE DE DEMANDE DE SUBVENTION (pour les participants)

COORDONNÉES

Nom de la personne présentant la demande : _____

Organisme : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Courriel : _____

PROJET DE FORMATION

Titre de la formation : _____

Date : _____ Durée : _____ Lieu : _____

Objectif de la formation : _____

Impact direct sur les services auprès de votre clientèle : _____

Nombre d'organismes pouvant avoir accès à la formation : _____

Territoire desservi par cette formation : _____

PARTICIPANTS

Nombre de participants : _____

Frais d'inscription : _____ \$ X Nombre de participants : _____ = _____ \$

Matériel : _____ \$ X Nombre de participants : _____ = _____ \$

TOTAL (A) : _____ \$

FRAIS DE DÉPLACEMENT

Automobile : Nombre de KM : _____ X 0,600 \$ = _____ \$
Autobus : Coût : _____ \$
Avion : Coût : _____ \$
TOTAL (B) : _____ \$

REPAS

Date : _____
Déjeuner : Nombre de déjeuners : _____ X 13,75 \$ = _____ \$
Dîner : Nombre de dîners : _____ X 18,90 \$ = _____ \$
Souper : Nombre de soupers : _____ X 28,50 \$ = _____ \$
Total (C) : _____ \$

HÉBERGEMENT

Date : _____
Coût par nuit : _____ \$ X Nombre de nuits : _____ X Nombre de participants : _____ = _____ \$
Total (D) : _____ \$

COÛT TOTAL DE LA FORMATION

Total des sections (A+B+C+D) : _____ \$
- (Soustraire)
Coûts assumés par l'organisme (excluant le salaire) : _____ \$
- (Soustraire)
Coûts assumés pour la participation à la formation (si applicable) : _____ \$
= (Égal)
_____ \$
Subvention demandée : _____ \$

Signature : _____ Date : _____

Faire parvenir les demandes de subvention et de réclamation à :

Élyse Perron
Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord
4, rue de l'Hôpital
Les Escoumins (Québec) G0T 1K0
Téléphone : 418 233-2931 poste 232214
Courriel: elyse.perron.09ciyss@ssss.gouv.qc.ca