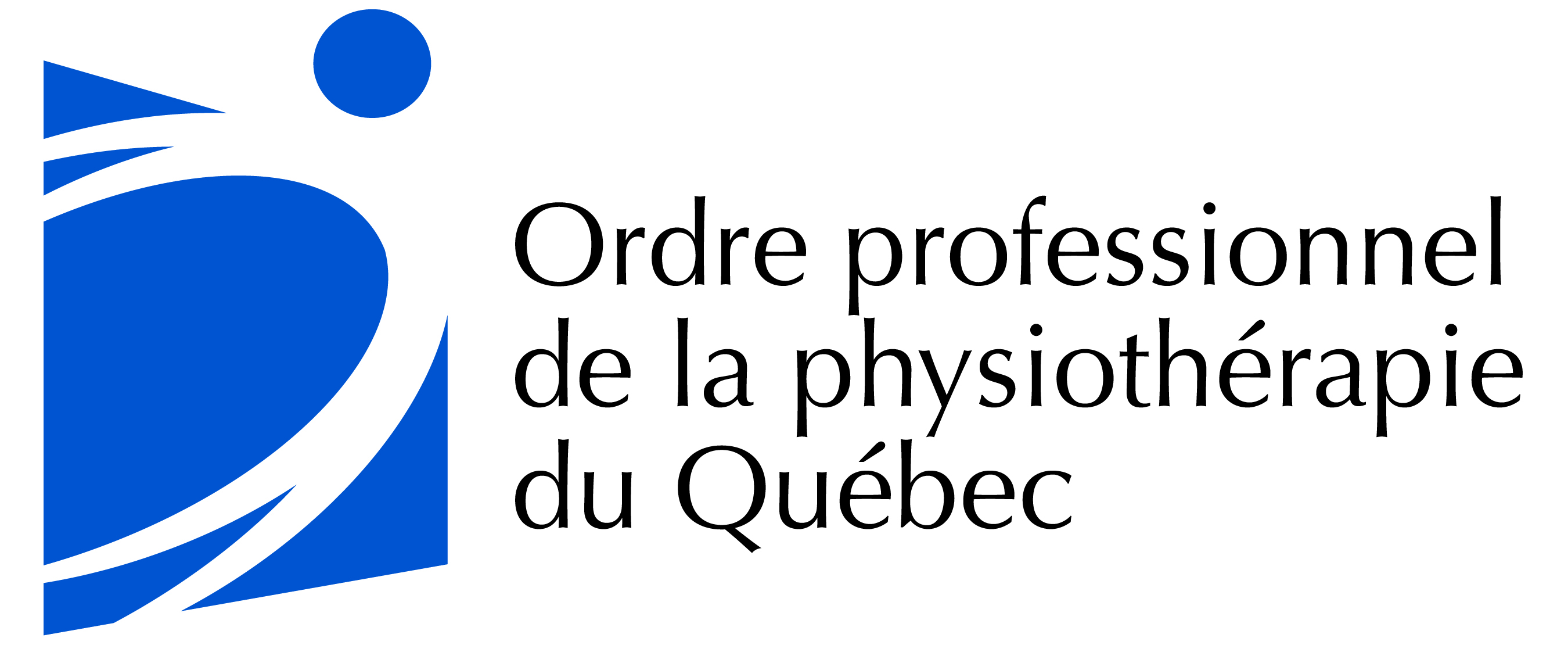
|  |  |
| --- | --- |
| **Section 1 - Informations sur l’organisme et le demandeur** | |
|  | |
| Nom de l’organisme ou de la maison d’enseignement : | |
| Organisme sans but lucratif : oui non | |
| Numéro d’organisme de bienfaisance (s’applique aux demandes de dons) : | |
| **Description sommaire de 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  Thérapeute en réadaptation physique  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/politique-doctroi-des-dons-et-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 Internationale  Impacts : |
| **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**](mailto:communications@oppq.qc.ca)  **Par la poste :** Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec  Direction des communications 7151, rue Jean-Talon Est, bureau 1000 Anjou (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)