

## Formulaire de demande de reconnaissance

### Procédure de dépôt d'une demande de reconnaissance d'organismes et de partenaires :

Les organismes (incluant les partenaires) qui souhaitent déposer une demande doivent se référer à la *Politique de reconnaissance d'organismes et de partenaires* pour s'assurer qu'ils respectent les conditions et critères.

Afin de procéder à l'analyse de votre demande, vous devez remettre un dossier complet. Veuillez remplir l'ensemble des sections du formulaire et y inclure les informations pertinentes à l'évaluation de votre demande. Toute demande incomplète sera considérée comme inadmissible et toute demande reçue après la date limite sera traitée plus tard.

Le comité d'analyse se rencontre quatre fois par année. Les dates limites de dépôt sont les 10 janvier, 10 avril, 10 juillet et 10 septembre.

### Assurez-vous de joindre tous les documents suivants au formulaire de demande :

- Liste des membres du conseil d'administration (si applicable).
- Copie à jour des lettres patentes (si applicable).
- Exemple de règlements généraux (si applicable).
- Copie du procès-verbal de votre assemblée générale annuelle (si applicable).
- Rapport ou calendrier d'activités de la dernière année (si applicable).
- États financiers de la dernière année.
- Accréditation Fédération sportive ou Association régionale (si applicable).

### Veillez envoyer votre demande dûment complétée et signée avec les documents exigés :

Par la poste ou en personne :  
Service des loisirs et de la culture  
431, rue Bachand  
Cowansville (Québec)  
J2K 5B2

**OU**

Par courriel :  
[loisir@ville.cowansville.qc.ca](mailto:loisir@ville.cowansville.qc.ca)

Pour toute information supplémentaire, veuillez communiquer avec le Service des loisirs et de la culture au 450 263-6464 ou [loisir@ville.cowansville.qc.ca](mailto:loisir@ville.cowansville.qc.ca).

## Section 1 : Renseignements généraux

|                     |  |               |
|---------------------|--|---------------|
| Nom de l'organisme  | Adresse (numéro civique, ville, code postal) |               |
| Téléphone           | Courriel                                     | Site internet |
| NEQ (si applicable) | Numéro de charité (si applicable)            |               |

## Section 2 : Renseignements du répondant mandaté par l'organisme

|               |                                 |
|---------------|---------------------------------|
| Nom et prénom | Fonction au sein de l'organisme |
| Téléphone     | Courriel                        |

## Section 3 : Renseignements sur l'organisme

L'organisme est-il incorporé?

Oui      Non      En cours      Date prévue :

L'exercice financier de l'organisme se termine le :

L'organisme est-il membre d'une fédération ou d'un regroupement relatif à sa discipline ou à son champ d'intervention?

Oui      Non

Si oui, nom de la fédération ou regroupement :

L'organisme tient-il une assemblée générale annuelle?

Oui      Non

Si oui, quand et combien de personnes ont assisté à la dernière assemblée générale?

Date :      Nombre :

N.B. : Veuillez joindre une liste des membres du conseil d'administration actuelle.

Combien de membres l'organisme regroupe-t-il?

Depuis quand votre organisme offre-t-il des services à Cowansville?

## Section 4 : Admissibilité de l'organisme

Raisons du dépôt de votre demande de reconnaissance :

(Reconnaissance de vos actions, développement d'un partenariat, soutien financier à la réalisation d'un projet (Annexe 2 doit aussi être complétée), soutien locatif, etc.)

Champ d'intervention :

Art et culture  
Récréatif

Loisir et sport  
Environnement

Communautaire

En quoi s'intègre la mission de votre organisme à celle de la Ville?

(Réf. : Plan de développement durable, Politique de la famille et des aînés, Politique sur les saines habitudes de vie, Politique d'accessibilité universelle, Politique culturelle, etc.) :

Type d'activités ou services offerts :

|   |                             |  |
|---|-----------------------------|--|
| Clientèle cible :   |                             |  |
| Enfants (moins de 18 ans)   | Adultes (18 ans et plus)    |  |
| Aînés (55 ans et plus)  | Toute clientèle (tous âges) |  |
| Personnes handicapées   |                             |  |
| Provenance de la clientèle de l'organisme :                                   |                             |  |
| % Cowansville   | % MRC Brome-Missisquoi      | % Autres   |
| Siégez-vous à des tables de concertation locales, régionales ou provinciales? |                             |  |
| Oui   | Non                         |  |
| Si oui, lesquelles?   |                             |  |
| Y a-t-il des frais de membres ( <i>membership</i> ) pour votre organisme?     |                             |  |
| Oui   | Non                         | Combien?   |
| <b>Section 5 : Police d'assurance</b>   |                             |  |
| L'organisme détient-il une police d'assurance?                                |                             |  |
| Oui   | Non                         |  |
| Si oui, quel type d'assurance avez-vous?                                      |                             |  |
| Responsabilité civile   |                             | Dommage matériel   |
| Les bénévoles, participants et spectateurs sont-ils assurés?                  |                             | Les événements spéciaux organisés par votre organisme sont-ils couverts? |
| Oui   | Non                         | Oui Non  |

Je soussigné \_\_\_\_\_  
*Prénom et nom en lettres moulées*

Déclare par la présente que tous les renseignements fournis dans le formulaire pour la demande du statut d'organisme reconnu par la Ville de Cowansville sont exacts et conformes à la réalité de l'organisme.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
*Ville Date*

Par \_\_\_\_\_  
*Signature*

À l'usage de l'administration municipale seulement

Acceptée par le conseil (date):

Refusée (date):

Classification de la reconnaissance :

- partenaire reconnu : %
- partenaire collaborateur : %
- organisme autonome : %

Commentaires :

Signature d'un membre du comité : \_\_\_\_\_

Réponse transmise à l'organisme  \_\_\_\_\_ (date)

Date d'analyse de la demande:

Numéro de dossier: