

**REEMPLIR LE FORMULAIRE ET LE RETOURNER AVANT LE 1<sup>er</sup> DÉCEMBRE**

La période de référence pour répondre aux sections suivantes est  
votre dernière année financière complétée.

1. IDENTIFICATION DE L'ORGANISME	
Nom de l'organisme :	
Adresse du siège social :	
Adresse de correspondance* :	
*Sachez qu'il est possible de faire acheminer le courrier de l'organisme à la bibliothèque Alain-Grandbois au : 160, rue Jean-Juneau Saint-Augustin-de-Desmaures (Québec) G3A 2P1	
Si vous choisissez cette option, cochez ici : <input type="checkbox"/>	
Nom de la personne à aviser lors de la réception de courrier :	
Courriel de la personne à aviser lors de la réception de courrier :	
Téléphone :	Courriel :
Site web :	
Numéro au Registraire des entreprises du Québec :	
Date de la dernière révision au Registraire :	
2. RENSEIGNEMENTS POUR LES PUBLICATIONS DE LA VILLE (CES RENSEIGNEMENTS SERONT RENDUS PUBLICS)	
Nom de la personne à contacter :	
Courriel :	
Site web :	
3. IDENTIFICATION DES PERSONNES REPRÉSENTANT L'ORGANISME AUPRÈS DE LA VILLE (USAGE INTERNE SEULEMENT)	
Nom :	
Fonction :	
Téléphone :	Courriel :
Nom :	
Fonction :	
Téléphone :	Courriel :

#### 4. VIE ASSOCIATIVE

**Date de la dernière AGA :**

**Nombre de membres (personnes payant une cotisation annuelle) :** *fournir les données pour la session la plus achalandée*

de Saint-Augustin-de-Desmaures :

de Québec :

de L'Ancienne-Lorette :

autres :

Total :

**L'organisme applique-t-il une tarification supplémentaire des frais courants d'inscription aux non-résidents?**

*(Tarification supplémentaire obligatoire de 20 % pour les non-résidents des organismes locaux et de 50 % pour les non-résidents des organismes conjoints)*

Oui

Non

#### 5. GESTION – FINANCEMENT

**L'organisme a-t-il du personnel administratif rémunéré?**

Oui      Nombre d'employés à temps plein :                      Nombre d'employés à temps partiel :

Non

**Présentez ici le sommaire des états financiers de la dernière année complétée :**

Total des revenus :

Total des dépenses :

Surplus ou déficit annuel :

Surplus accumulé :

**En fonction de son budget d'opération annuel, l'organisme a-t-il produit :**

249 999 \$ et moins : un état des revenus et dépenses signé par un administrateur et déposé à l'assemblée générale annuelle

Entre 250 000 \$ et 499 999 \$ : une mission d'examen

500 000 \$ et plus : une mission de vérification

*Notez que la Ville procédera annuellement à une vérification concernant la conformité des renseignements transmis auprès d'un échantillon des organismes reconnus.*

#### 6. GESTION DES RISQUES

**L'organisme possède-t-il un code d'éthique?**

Oui      Date d'adoption :

Non

**L'organisme souscrit-il à une couverture d'assurance responsabilité civile?**

Oui Précisez (compagnie, fédération) :

Non

#### **7. SERVICES OFFERTS À DES CLIENTÈLES PARTICULIÈRES**

**L'organisme offre-t-il des services ou des activités pour les personnes à faible revenu ou favorise-t-il leur participation par des mesures d'accommodement (ex. : gratuité, tarif préférentiel)?**

Oui Précisez comment :

Non

**L'organisme offre-t-il des services ou des activités pour les personnes handicapées ou favorise-t-il leur participation par des mesures particulières (ex. : environnement physique adapté, service d'accompagnement personnalisé)?**

Oui Précisez comment :

Non

#### **8. AUTRES INFORMATIONS**

**Voulez-vous porter à notre attention d'autres éléments pertinents concernant l'organisme? (ex. : nouveau projet réalisé ou à venir, fête anniversaire, etc.)**

## 9. DOCUMENTS À TRANSMETTRE À LA VILLE CONFORMÉMENT À LA POLITIQUE DE RECONNAISSANCE

- Le formulaire de renouvellement de la reconnaissance dûment rempli et signé
- Une liste à jour des membres du conseil d'administration de l'organisme, avec adresses complètes, numéros de téléphone à jour et courriels (annexe 1)
- Une résolution désignant les personnes autorisées à signer au nom de l'organisme (modèle en annexe 2)

*La Ville de Saint-Augustin-de-Desmaures se réserve le droit de demander à l'organisme de fournir de la documentation supplémentaire si elle le juge nécessaire.*

## 10. SIGNATURE DE LA PERSONNE DÉSIGNÉE POUR REPRÉSENTER L'ORGANISME

*Je, soussigné(e), déclare que les informations transmises dans ce formulaire sont exactes et que notre organisme s'engage à se conformer aux critères et exigences de la Politique de reconnaissance et d'accompagnement des organismes à but non lucratif de la Ville de Saint-Augustin-de-Desmaures.*

Signé à :

Date :

Signature :

Nom et prénom :

Fonction :

**Faire parvenir le formulaire complété ainsi que les documents requis au Service des loisirs, de la culture et de la vie communautaire, à l'attention de Mme Sarah Vachon-Bellavance, agente culturelle et communautaire, par courriel à [sarah.vachon-bellavance@vsad.ca](mailto:sarah.vachon-bellavance@vsad.ca)**

# Liste des membres du conseil d'administration et de la direction de l'organisme

*(ou joignez votre propre liste en tenant compte du contenu informationnel exigé dans le présent document)*

Nom	Titre du poste	Adresse civique	Ville	Code postal	Téléphone Résidence	Tél. Travail ou cellulaire	Courriel
	<b>Directeur/Directrice ou Coordonnateur/ Coordonnatrice</b>						

# RÉSOLUTION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

## DE \_\_\_\_\_

À une séance tenue le \_\_\_\_\_ , à l'emplacement habituel des réunions du conseil, étaient présents :

**A ÉTÉ ADOPTÉE LA RÉOLUTION SUIVANTE :**

---

---

**Résolution n° \_\_\_\_\_**

**Il est résolu** que les actes, transferts, cessions, contrats, obligations, certificats et autres instruments peuvent être signés au nom de la corporation par \_\_\_\_\_ . Cette personne est autorisée à faire toute chose opportune, nécessaire ou utile pour donner plein effet à cette résolution, au moment qu'elle jugera opportun et selon les conditions et modalités qu'elle pourra juger appropriées.

Nous, soussigné(e)s, attestons que la présente résolution a été dûment signée par le conseil d'administration de \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du/de la secrétaire

\_\_\_\_\_  
Prénom et nom du/de la secrétaire

\_\_\_\_\_  
Signature du/de la président/e

\_\_\_\_\_  
Prénom et nom du/de la président/e