



Fondation des Services de Santé d'Aylmer

445, boul. Wilfrid-Lavigne, Gatineau (Québec) J9H 6H9
Téléphone : 819-966-6440, poste 536 Télécopieur : 819-966-6441
Site internet: <http://www.fssa-aylmer.com>

Formulaire de demande d'appui financier

Note – Veuillez vous assurer que la demande corresponde aux critères établis par la Fondation. Consultez le site internet pour plus d'informations.

Organisme : CLSC Centre Renaissance Coop Santé Aylmer Autre : _____

Nom de la personne responsable : _____

Tél. : 819-_____ poste _____ Courriel : _____@_____

Nature du projet / Nom du bénéficiaire : _____

		Explications / Détails
Montant requis pour sa réalisation :	_____ \$	
Part assumée par l'organisme demandeur :	_____ \$	
Financement d'autres sources (client...) :	_____ \$	
Montant demandé à la FSSA :	_____ \$	

Documents joints et pièces justificatives

Facture(s) déjà payée(s)	_____ \$	
Évaluation, devis, estimé	_____ \$	
Lettre de demande	<input type="checkbox"/>	
Lettre de recommandation (appui)	<input type="checkbox"/>	
Autre :	<input type="checkbox"/>	

Description détaillée du projet et de son impact (joindre une annexe au besoin) :

Signature de la personne autorisée

Titre

Date

(À l'usage de la Fondation)

N° de la résolution : _____ Montant autorisé : _____ \$	Numéro et date du chèque : _____
Explications – Notes :	Montant du chèque : _____ \$
	Suivi :