

Formulaire d'autorisation d'une activité par un tiers

La Fondation Cité de la Santé vous remercie d'amasser des fonds pour soutenir sa mission, soit de contribuer à l'amélioration des soins et des services du CISSS de Laval. La Fondation souhaite vous soutenir et vous accompagner afin que votre événement soit mémorable et réussi. Pour ce faire, nous vous invitons à compléter le formulaire suivant.

Organisateurs

Nom de l'organisation

Type d'organisation (école, entreprise, individu, groupe communautaire, autre)

Prénom/Nom de la personne responsable

Courriel

Adresse

Ville/ Province/ Code postale

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Téléphone

Nature de l'activité

- Repas bénéfique Événement sportif
 Concert Vente d'items
 Autre. Précisez : _____

Nombre estimé de participants : _____

Détails de l'activité

Nom de l'activité

Date de l'activité

Lieu de l'activité

Adresse

Ville/ Province/ Code postale

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Réurrence/ renouvellement

Planifiez-vous organiser cet événement :

- 1 fois Annuellement
 Autre. Précisez : _____

Avez-vous déjà organisé cet événement?

- Oui Non Quand : _____

Dépenses anticipées *

Type de dépenses	Somme (\$)
Location d'espace	
Nourriture et boissons	
Audiovisuel et animation	
Décoration	
Location d'équipement	
Impression (affiches, invitations, programme, etc.)	
Matériel promotionnel	
Sécurité	
Assurances, permis et autorisations	
Frais divers	
Dépenses totales anticipées:	

Les coûts ne devraient pas dépasser 35 % des revenus.

Revenus anticipés

Type de revenu	Somme (\$)
Prix du billet ___ X Nombre d'invités ___	
Vente d'objets / nourriture	
Encan	
Dons corporatifs	
Commandites	
Promesse de dons	
Autres revenus. Précisez :	
Revenu total anticipé :	

Quel montant anticipez-vous remettre à la Fondation Cité de la Santé: _____ \$

Autres bénéficiaires de la collecte de fonds :

Est-ce que les produits de votre collecte de fonds sont également destinés à d'autres bénéficiaires ? Si oui, veuillez nous fournir le nom du ou des bénéficiaire(s) ainsi que le pourcentage versé à chacun d'entre eux.

Approche de commanditaires

Aurez-vous recours à des commanditaires ? Si oui, lesquels?

Promotion

De quelle manière ferez-vous connaître votre activité?

Soutien de la Fondation Cité de la Santé :

- Lettre d'approbation confirmant que vous amassez des fonds pour la Fondation Cité de la Santé
- Plateforme transactionnelle
- Bannières ou brochures de la Fondation
- Présentation de chèque géant
- Communication (Facebook et site Internet)
- Délivrance de reçus officiels

Commentaires

N'hésitez pas à joindre à ce formulaire toute documentation pertinente.

**Merci pour votre
contribution à l'amélioration
des soins et des services du
CISSS de Laval**

Conditions

- Les dons faits à la Fondation Cité de la Santé ne peuvent être réclamés par l'organisateur de l'activité pour couvrir ses dépenses.
- La Fondation Cité de la Santé se réserve le droit de refuser une activité. Par exemple, les fonds amassés doivent respecter les politiques et lignes directrices établies par l'Agence du revenu du Canada, ainsi que la politique d'accord des dons de la Fondation Cité de la Santé.
- C'est aux organisateurs qu'incombe la responsabilité d'obtenir une couverture d'assurance, autorisations, licences et permis nécessaire pour assurer que l'activité se conforme à toutes lois applicables.

J'accepte que tout événement organisé au profit de la Fondation Cité de la Santé soit approuvé par la Fondation avant qu'il soit organisé.

J'accepte d'acheminer tout l'argent amassé dans un délai qui ne dépassera pas 45 jours après la tenue de l'événement.

J'accepte que toute communication (invitation, billet, publicité, affiche, etc.) sur laquelle figure le logo ou la signature de la Fondation Cité de la Santé soit soumise pour approbation avant sa diffusion.

J'accepte que la Fondation Cité de la Santé se dégage de toutes responsabilités financières ou légales (abus, fraudes, etc.) et ne pourra être tenue responsable d'aucun dommage, perte ou blessure associé à la réalisation de l'activité.

J'ai pris connaissance des politiques et des lignes directrices émises par l'Agence du revenu du Canada en matière de don et j'accepte de m'y conformer.

Signature _____ Date _____

RETOUR DU FORMULAIRE

Fondation Cité de la Santé
1515, boul. Chomedey, Bureau N-RC-38, Laval (QC) H7V 3Y7
itremlay@fondationcitedelasante.com

À l'usage de la Fondation Cité de la Santé

Approuvé par _____

Signature _____ Date _____