Les données transmises dans le présent formulaire sont utilisées par le personnel de l’ATR et sont conservées dans des banques de données de l’ATR à des fins de statistiques, d’évaluation et de consultation ultérieure. Nous vous invitons à nous informer de toute modification aux renseignements que vous nous avez déjà transmis pour nous permettre de mettre à jour ces données.

|  |
| --- |
| **section 1 - identification du demandeur** |
| **Entreprise ou organisme** |       |
| **Adresse** |       |
| Municipalité |       | **Code postal** |       |
| **Téléphone** |       |  |  | **Site Internet** |       |
| **Courriel de l’entreprise ou de l’organisme** |       |
| **Site Internet de l’entreprise ou de l’organisme** |       |
| **Adresse de correspondance, si différente** |       |
| Municipalité |       | **Code postal** |       |
| NEQ ou no de pourvoirie |       | No. TPS |       | No. TVQ |       |
| **Représentant officiel et responsable du projet** |
| Ces renseignements sont obligatoires pour le traitement de votre demande. |
| **Représentant officiel** |       |  | **Titre** |       |
| **Téléphone** |       | **Poste** |       | **Télécopieur** |       | Courriel |       |
| portrait de l’entreprise ou de l’organisme |
| **Statut légal** | [ ]  | **OBL** | [ ]  **OBNL** |  | [ ]  | **Coopérative** | [ ]  **Communauté ou nation autochtone** |
| **Activité principale de l’entreprise** | Choisissez un élément. | **Activités secondaires**  | Choisissez un élément. |
| **Entreprise tourisme d’aventure ?**  | ☐ oui ☐ Non | **Si oui, l’entreprise est accréditée Qualité et sécurité par l’AEQ :**  | ☐ oui ☐ Non ☐ En approbation |
| **Date d’entrée en activité (Jour-Mois-Année)** |      -     -      |
| **Période d’ouverture** | [ ]  | À l’année | [ ]  | Saisonnière | Précisez le nombre de mois d’opération par année |       |
| **Pour les deux dernières années complètes d’opération, indiquez le nombre de personnes qui étaient à votre emploi :** |
| Année de référence(Jour-Mois-Année) | Sur une base annuelle | Sur une base saisonnière | Total |
| Nombre à temps complet(30 h et plus / semaine) | Nombre à temps partiel (moins de 30 h / semaine) | Nombre à temps complet (30 h et plus / semaine) | Nombre à temps partiel(moins de 30 h / semaine) |  |
|      -     -20      à      -     -20      |       |       |       |       |       |
|      -     -20      à      -     -20      |       |       |       |       |       |
| **Pour les deux dernières années complètes d’opération, indiquez le nombre de visiteurs selon leur provenance :** |
| Année de référence(Jour-Mois-Année) | Locale (MRC) | Régionale touristique | Québécoise | Canadienne | États-Unis | Autres marchés internationaux | Total |
|      -     -20      à      -     -20      |       |       |       |       |       |       |       |
|      -     -20      à      -     -20      |       |       |       |       |       |       |       |
| **Les données sur la provenance des visiteurs ont été recueillies par :** |
| [ ]  | Billetterie | [ ]  | Échantillonnage | [ ]  | Sondage | [ ]  | Autre (précisez) :       |
| **Ces données sur la provenance des visiteurs sont recueillies de manière :** |
| [ ]  | Aléatoire | [ ]  | Par estimation | [ ]  | Autre (précisez) :       |
| **section 2 - Objectif du projet** |
| **Titre du projet :** |       |
|

|  |
| --- |
| ☐ Permet à mon entreprise d’opérer au cours de la saison touristique 2021.☐ Permet à mon entreprise d’accueillir la clientèle touristique en respectant les nouvelles règles sanitaires. |

 |

|  |
| --- |
| **section 3 - LiEn avec la crise actuelle causée par la pandémie** |
| Votre projet est-il en lien avec la crise actuelle causée par la pandémie? précisez. |
|       |
| Votre projet vise -il à vous rendre conforme à un plan sanitaire produit par le Gouvernement du Québec ou un de ses partenaires ? Lequel ou lesquels ?  |
|       |
| Décrivez les actions que vous souhaitez mettre en œuvre et qui nécessite l’aide financière demandée.  |
|       |
| **section 4 - coûts et financement DU PROJET** |
|  |
| Coût total du projet conformément à la ventilation détaillées (Document Excel Chiffrier du projet – Obligatoire) |       |
| ‘Montant d’aide financière demandée au Programme des mesures sanitaires TM |       |
| \*Prendre note que les dépenses sont jugées admissibles à partir du 1er avril 2021 \* Max. 100% des coûts admissibles ou 5 000 $\* |
| **section 5 - Déclaration et signature** |
|  |
| **☐** Je déclare que les renseignements fournis dans cette demande sont véridiques. Je m’engage à fournir toute l’information nécessaire à l’analyse du projet. Je confirme qu’aucune dépense n’a été réaliser avant le 1er avril 2021 et financé par une autre levier financier publique. J’autorise l’ATR à valider cette information auprès des ministères et organismes qui pourraient être concernés.**☐** Je confirme que je n’ai pas obtenu d’aide précédemment pour les mesures sanitaires par le biais de l’EPRT – volet 1 et le DEC sanitaire géré par l’Alliance de l’industrie touristique du Québec. |
| **☐** J’ai pris connaissance du document résumant les obligations des promoteurs et je m’engage à les respecter. Si ma demande d’aide financière est acceptée, je m’engage à remplir les fiches de résultats nécessaires à l’analyse des retombées du programme et tous les documents visant à évaluer le programme. |
| **☐** Je comprends, que la présente demande d’aide n’entraîne pas nécessairement son acceptation.             FonctionNom de la personne autorisée            Date (AAA-MM-JJ)Signature |

**Veuillez noter que vous devez faire parvenir cette demande (incluant les annexes) en format électronique, à l’adresse suivante : ccournoyer@tourismemauricie.com**