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.    Fonction  Nom 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**