**FORMULAIRE DE DEMANDE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom de l’organisme : | | | |
| Adresse : | | | |
| Ville : | Province :  Nouveau-Brunswick | | Code postal : |
| Personne-ressource : | | Poste: | |
| Téléphone : | | Téléc. : | |
| Courriel : | | Site Web (s’il y a lieu) : | |
| Type d’organisme : | | | |
| □ Sans but lucratif  Date de constitution :  □ Organisme de charité enregistré  Numéro : | | □ Université ou Collège  □ Autre  Veuillez décrire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Mandat de l’organisme (1 à 2 phrases – des renseignements additionnels peuvent être mis en pièce jointe) : | | | |
| Dans quelle zone géographique votre organisme fournit-il des services? | | | |
| À quelle population de jeunes votre organisme fournit-il des services? | | | |
| Veuillez nommer les organismes partenaires dans votre communauté, s’il y a lieu, avec lesquels vous avez déjà travaillé ou avec lesquels vous souhaitez continuer de travailler pour assurer le développement et la prestation de vos activités et de vos services. | | | |
| Veuillez développer pourquoi votre organisme répond aux valeurs fondamentales d’ACCESS OM/ES NB, l’accessibilité, la rapidité du service, l’engagement de tous les jeunes, des soins appropriés, une transition sans faille et la pérennité. (5000 mots max). | | | |
| Signature: | | Titre : | |
| Nom : | | Date : | |