**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 : |