



Formulaire d'inscription et d'entente

Activités organisées par des tiers au profit de la FMSPVS

Renseignements généraux

Nom du groupe ou de l'organisme :

Personne ressource : _____ Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Renseignements sur l'activité

Titre :

Date(s) : _____

Heure(s) : _____

Emplacement : _____

Brève description : _____

Nombre prévu de participants : _____

Objectif en matière de recettes : _____

Quelle partie des profits sera versée à la **FMSPVS** :

Tous les profits sans les déductions de dépenses

Les profits nets

Un pourcentage des profits (veuillez spécifier : _____ %)

Autre : Spécifiez _____

D'autres organismes de bienfaisance bénéficiaire ont-ils de cette activité ? Oui Non

*Veuillez noter que nous confirmerons selon la disponibilité de nos représentants.

Si oui, Spécifiez _____

Soutien

Aurez-vous besoin de reçus officiels ? Oui Non

Aurez-vous besoin d'un représentant ou d'un conférencier lors de l'activité ? Oui Non

Si oui, veuillez fournir plus de détails :

Bénévoles Oui Non Combien ? _____

Travail à être effectué par les bénévoles : veuillez fournir plus de détails :

Aurez-vous besoin de matériel promotionnel ?

Usage du logo officiel de la Fondation : Doit être indiqué sur toutes vos publicités.
Vous devez ajouter notre logo afin que les gens sachent que c'est une collecte de fonds officielle approuvée par la fondation.

(Note : Nous devons approuver tout le matériel sur lequel notre logo est apposé)

Signalisation FMSPVS Oui Non
Diaporama Oui Non
Contenants pour dons Oui Non Combien ? _____
Brochures Oui Non Combien ? _____

Commandites

Prévoyez-vous solliciter des commanditaires pour cette activité ? Oui Non
Si oui, veuillez faire la liste des personnes et des entreprises qui seront approchées :

Je reconnais, par la présente, que j'ai lu et que je comprends bien la **Trousse de collecte de fonds**.
Je donne, par la présente, aux représentants de la FMSPVS, une fois qu'elle aura été obtenue de la Fondation, la permission d'afficher les détails sur leur site Web, les médias sociaux et autres plateformes.

Date _____ Signature _____

Veuillez signer et retourner le formulaire dûment rempli à :

Madeleine Langlois

Coordonnatrice des activités communautaires

Fondation de la Maison de soins palliatifs de Vaudreuil-Soulanges
90, Como Gardens
Hudson, Québec J0P 1H0
mlanglois@mspvs.org
450.202.2202 poste 128



Réserve à l'administration / Approbation de l'événement

Approuvé par: _____

Date approuvé: _____

Commentaires & notes : _____
