

Langue: Anglais Français Autres

1. NOM ET COORDONNÉES DE L'ORGANISME

2. NOM ET COORDONNÉES DE LA PERSONNE À CONTACTER

Tél. 1:
Tél. 2:
Télécopie:
Courriel:

3. DÉTAILS DE VOTRE SERVICE ALIMENTAIRE BÉNÉVOLE

Nombre de **bénévoles** pour le service alimentaire: _____

Nombre de personnes **salariées** pour le service alimentaire: _____

Nombre de **bénéficiaires** du service alimentaire: _____

Nombre de **repas livrés** / servis dans l'**année**: _____

Fréquence du service par **semaine**: _____

Faites-vous l'évaluation du service auprès de la clientèle ? Oui Non

4. VALIDER LES INFORMATIONS DONT NOUS DISPOSONS CONCERNANT VOTRE ORGANISME

Êtes-vous un organisme dûment enregistré avec une **charte** ? Oui Non

Possédez-vous votre **permis du MAPAQ** ? Oui Non

Recevez-vous des **subventions** ? Oui Non

Si oui, précisez-en les sources: Municipalité Ministère Famille Autre
 MSSS (PSOC) Nouveaux Horizons

Si autre, veuillez préciser:

5. VALIDER LES INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE MODÈLE D'ORGANISATION

Provenance des repas:

- Cuisinés sur place Établissement (CH-CHSLD)
 Traiteur Épicerie
 Restaurateur CHAL
 Une autre popote Autre

Si autre, veuillez préciser:

Type d'organisme:

- Popote Fondation
 Organisme de quartier Autre
 Centre d'action bénévole
 Centre communautaire pour aînés
 Entreprise privée