

# Formulaire de demande de soutien financier

## Fonds David Matthew Aronson

Le fonds David Matthew Aronson a été créé par un donateur touché de près par la maladie. À la demande de celui-ci, l'objectif du fonds est de soutenir les jeunes parkinsoniens de moins de 50 ans en leur facilitant l'accès à la pratique d'activités physiques. Le maximum admissible remboursable est de 500\$ par année par personne par activité pratiquée.

No. / Date de la demande : \_\_\_\_\_

### 1. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Prénom et Nom : \_\_\_\_\_

Adresse civique : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone : Cellulaire \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ (fournir une preuve\*) Âge : \_\_\_\_\_

*\*Une copie de votre carte d'assurance maladie par exemple*

### 2. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

ÊTES-VOUS SUR LE MARCHÉ DU TRAVAIL :

Oui  Temps plein  Temps partiel  Non

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3. TYPES D'ACTIVITÉS PHYSIQUES

Nom du cours : \_\_\_\_\_

Fréquence : \_\_\_\_\_

Durée de la session (en semaines, mois) : \_\_\_\_\_

Nom de l'entreprise qui offre les cours : \_\_\_\_\_

Lieu du cours : \_\_\_\_\_

Coût : \_\_\_\_\_

#### 4. MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Veillez nous faire parvenir les preuves d'achat (incluant des numéros de facture valides) à [montreal-laval@parkinsonquebec.ca](mailto:montreal-laval@parkinsonquebec.ca) ou par courrier à l'adresse ici-bas.

*\*Changement d'adresse à venir en octobre 2017 – nous contacter au 514-868-0597 ou par courriel.*

#### 5. SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI SOUMET LA DEMANDE

\_\_\_\_\_

NOM EN LETTRES MOULÉES

\_\_\_\_\_

SIGNATURE

DATE DE SOUMISSION : \_\_\_\_\_

#### Pour usage de Parkinson Montréal-Laval

Approbation par:

Nom \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : (jj/mm/aa) \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : (jj/mm/aa) \_\_\_\_\_

COMMENTAIRES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**MONTREAL  
LAVAL**

#### **Parkinson Montréal-Laval**

550 rue Sherbrooke Ouest, bur. 471, Tour Ouest, Montréal, QC H3A 1B9

T. 514-868-0597 W. [www.parkinsonmontreal-laval.ca](http://www.parkinsonmontreal-laval.ca)

Fax. 514-861-4510 C. [montreal-laval@parkinsonquebec.ca](mailto:montreal-laval@parkinsonquebec.ca)