Les données transmises dans le présent formulaire sont utilisées par le personnel de l’ATR et du ministère du Tourisme et sont conservées dans des banques de données du ministère à des fins de statistiques, d’évaluation et de consultation ultérieure. Nous vous invitons à nous informer de toute modification aux renseignements que vous nous avez déjà transmis pour nous permettre de mettre à jour ces données.

|  |
| --- |
| **section 1 - identification du demandeur** |
| **Entreprise ou organisme** |       |
| **Adresse** |       |
| Municipalité |       | **Code postal** |       |
| **Téléphone** |       | **Télécopieur** |       | **Site Internet** |       |
| **Courriel de l’entreprise ou de l’organisme** |       |
| **Site Internet de l’entreprise ou de l’organisme** |       |
| **Adresse de correspondance, si différente** |       |
| Municipalité |       | **Code postal** |       |
| NEQ ou no de pourvoirie |       | No. TPS |       | No. TVQ |       |
| **Représentant officiel et responsable du projet** |
| Ces renseignements sont obligatoires pour le traitement de votre demande. |
| **Représentant officiel** |       |  | **Titre** |       |
| **Téléphone** |       | **Poste** |       | **Télécopieur** |       | Courriel |       |
| portrait de l’entreprise ou de l’organisme |
| **Statut légal** | [ ]  | **OBL** | [ ]  **OBNL** |  | [ ]  | **Coopérative** |  |
| **Activité principale de l’entreprise** | Choisissez un élément. | **Activités secondaires**  | Choisissez un élément. |
| **Entreprise tourisme d’aventure ?**  | ☐ oui ☐ Non | **Si oui, l’entreprise est accréditée Qualité et sécurité par l’AEQ :**  | ☐ oui ☐ Non ☐ En approbation |
| **Date d’entrée en activité (Jour-Mois-Année)** |      -     -      |
| **Période d’ouverture** | [ ]  | À l’année | [ ]  | Saisonnière | Précisez le nombre de mois d’opération par année |       |
| **Pour les deux dernières années complètes d’opération, indiquez le nombre de personnes qui étaient à votre emploi :** |
| Année de référence(Jour-Mois-Année) | Sur une base annuelle | Sur une base saisonnière | Total |
| Nombre à temps complet(30 h et plus / semaine) | Nombre à temps partiel (moins de 30 h / semaine) | Nombre à temps complet (30 h et plus / semaine) | Nombre à temps partiel(moins de 30 h / semaine) |  |
|      -     -20      à      -     -20      |       |       |       |       |       |
|      -     -20      à      -     -20      |       |       |       |       |       |
| **Pour les deux dernières années complètes d’opération, indiquez le nombre de visiteurs (individuel vs groupes) selon leur provenance :** |
| Année de référence(Jour-Mois-Année) | Locale (Communauté maritime) | Québécoise | Canadienne | États-Unis | Croisières (domestiques et/ou croisières internationales) | Autres marchés internationaux | Total |
|      -     -20      à      -     -20      |       |       |       |       |       |       |       |
|      -     -20      à      -     -20      |       |       |       |       |       |       |       |
| **Les données sur la provenance des visiteurs ont été recueillies par :** |
| [ ]  | Billetterie | [ ]  | Échantillonnage | [ ]  | Sondage | [ ]  | Autre (précisez) :       |
| **Ces données sur la provenance des visiteurs sont recueillies de manière :** |
| [ ]  | Aléatoire | [ ]  | Par estimation | [ ]  | Autre (précisez) :       |
| **section 2 - LiEn avec les objectifs du programme** |
| est-ce que votre entreprise constitue un actif stratégique pour la destination? précisez. veuillez également détailler vos immobilisations touristiques sur le territoire des îles de la madeleine. |
|       |
| décrivez l’offre touristique (services, produits et/ou expériences) que votre entreprise propose aux clientèles de groupes (autocar, croisiéristes).  |
|       |
| Quelles clientèles de groupes votre entreprise a-t-elle accueillie en 2019? quels étaient vos partenaires d’affaires (voyagiste, établissement d’hébergement, compagnie de croisières, transporteur, etc.)? |
|       |
| en 2019, Quel était le % de votre chiffre d’affaires attribuables aux clientèles de groupes? |
|       |
| **section 3 - pertes financières attribuables à l’annulation des clientèles de groupes causées par la pandémie** |
|  |
| quel a été l’impact de la pandémie sur vos opérations et votre chiffre d’affaires en 2020?  |
|       |
| en 2020, votre entreprise a-t-elle enregistré des pertes de revenus significatives occasionnées par l’annulation des clientèles de groupes (autocar, croisiéristes)? Précisez.  |
|       |
| Pertes financières attribuables à l’annulation des clientèles de groupes en 2020 |       |
| Pertes financières attribuables à l’annulation des clientèles de groupes en 2021 (estimation seulement) |       |
|  |
| **section 5 - Déclaration et signature** |
|  |
| **☐** Je déclare que les renseignements fournis dans cette demande sont véridiques. Je m’engage à fournir toute l’information nécessaire à l’analyse de la demande. J’autorise l’ATR à valider cette information auprès des ministères et organismes qui pourraient être concernés. |
| **☐** Si ma demande d’aide financière est acceptée, je m’engage à remplir les fiches de résultats nécessaires à l’analyse des retombées du programme et tous les documents visant à évaluer le programme. |
| **☐** Je comprends, que la présente demande d’aide n’entraîne pas nécessairement son acceptation. **☐** J’ai soumis l’ensemble des documents exigés avec la demande (la liste est disponible à la page 5 du guide du promoteur du volet 4 de l’EPRT).             FonctionNom de la personne autorisée            Date (AAA-MM-JJ)Signature |

**Veuillez noter que vous devez faire parvenir cette demande (incluant les annexes) en format électronique, à l’adresse suivante :** developpement@tourismeilesdelamadeleine.com