



DEMANDE D'APPROVISIONNEMENT NON-CONCURRENTIELLE

(Source unique, fournisseur exclusif, urgence ou autre exception)

Date :
École / Service requérant :
Personne-ressource / responsable du projet :
Description du bien ou du service requis :
Valeur totale estimée de l'acquisition (taxes exclues) :
Durée du contrat (incluant les options de renouvellement, le cas échéant) :

Catégorie d'exception demandée <i>(Cocher une seule option)</i>
☐ Source unique (un seul fournisseur possible)
☐ Fournisseur exclusif / droits exclusifs / compatibilité technique
☐ Urgence imprévisible mettant en danger la santé, la sécurité ou la continuité des opérations
☐ Prolongation ou modification d'un contrat existant (justification requise)
☐ Autre exception permise par la directive administrative (préciser) :

Justification détaillée de l'exception
Fournir une justification complète expliquant pourquoi un processus concurrentiel n'est pas approprié ou possible. <i>(Joindre toute documentation pertinente : preuve d'exclusivité, analyse technique, correspondance, avis d'expert, etc.)</i>

Vérification préalable
☐ Une vérification a confirmé qu'aucune entente contractuelle existante, liste de fournisseurs préqualifiés ou entente d'approvisionnement collaboratif applicable (MECO, ApprovisiOntario) ne peut répondre au besoin
☐ Une analyse des risques a été complétée conformément à la directive administrative C002-D1 Approvisionnement (formulaire C002-F4 Analyse des risques)

Attestation du requérant

Je certifie que :

- les renseignements fournis sont complets et exacts;
- le besoin est clairement défini et la valeur totale estimée est complète et conforme;
- les vérifications préalables ont été effectuées;
- l'analyse des risques a été complétée conformément à la directive administrative C002-D1 Approvisionnement (formulaire C002-F4 Analyse des risques);
- le recours à un processus d'approvisionnement non concurrentiel est justifié conformément à la directive administrative C002-D1 Approvisionnement;
- la présente demande respecte les lois, règlements et directives applicables.

Nom :

Fonction :

Signature :

Date :

Approbation budgétaire

Je confirme que les fonds sont disponibles et que la présente demande est conforme aux pouvoirs d'approbation délégués.

Responsable budgétaire (nom) :

Signature :

Date :

Approbation

(Cocher l'autorité compétente selon les pouvoirs d'approbation délégués.)

☐ Direction exécutive du Service des finances

Nom :

Signature :

Date :

☐ Direction de l'éducation

Nom :

Signature :

Date :

Une copie électronique du présent formulaire et du formulaire C002-F4 Analyse des risques doit être transmise au **Service des finances**, à l'adresse courriel finances@csdcab.on.ca, pour conservation au dossier d'approvisionnement.