

**DEMANDE DE SUBVENTION DE VOYAGE POUR CONFÉRENCE
ÉTUDIANTS AU DOCTORAT OU DES PROGRAMMES ACCÉLÉRÉS**

IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT			
NOM DE FAMILLE	PRENOMS	NUMÉRO ÉTUDIANT	
UNITÉ SCOLAIRE / DISCIPLINE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE		
SUJET DE THÈSE			COTUTELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COURRIEL	PREMIER TRIMESTRE D'INSCRIPTION AU DOCTORAT <input type="checkbox"/> JANVIER <input type="checkbox"/> MAI <input type="checkbox"/> SEPTEMBRE	ANNÉE	PROGRAMME <input type="checkbox"/> PH.D. <input type="checkbox"/> PROGRAMME ACCÉLÉRÉ
VEUILLEZ SOUMETTRE LES DOCUMENTS SUIVANTS AVEC VOTRE DEMANDE <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> LA CONFIRMATION ÉCRITE QUE VOTRE PUBLICATION A ÉTÉ ACCEPTÉE À LA CONFÉRENCE <input type="checkbox"/> LES CONTRIBUTIONS ET RECOMMANDATIONS DU SUPERVISEUR AVEC SIGNATURES <input type="checkbox"/> LE RÉSUMÉ DE VOTRE COMMUNICATION ET LA LISTE OFFICIELLE DES AUTEURS 			
NOM DU CONGRÈS			
LIEU DU CONGRÈS	VILLE	PROVINCE/ÉTAT	PAYS
ZONE GÉOGRAPHIQUE (VEUILLEZ VOUS RÉFÉRER À LA CARTE) <input type="checkbox"/> A (650 \$) <input type="checkbox"/> B (750 \$) <input type="checkbox"/> C (425 \$) <input type="checkbox"/> D (550 \$) <input type="checkbox"/> E (300 \$) <input type="checkbox"/> AUTRE (800 \$)			
DATE DE LA CONFÉRENCE	DU	AU	SITE INTERNET DE LA CONFÉRENCE (S'IL Y A LIEU)
DE QUELLE MANIÈRE LE SUJET DE LA CONFÉRENCE EST-IL LIÉ À CELUI DE VOTRE THÈSE ?			
EXPLIQUEZ LA PERTINENCE DE CETTE CONFÉRENCE POUR VOTRE RECHERCHE.			
TITRE DE VOTRE COMMUNICATION			<input type="checkbox"/> AFFICHE <input type="checkbox"/> COMMUNICATION ORALE
NOM DU PREMIER AUTEUR DE LA PUBLICATION		CO-AUTEUR(S)	
AVEZ-VOUS PRÉSENTÉ UNE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE AUPRÈS D'UN AUTRE ORGANISME POUR CE MÊME CONGRÈS ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER <input type="checkbox"/> APTPUO <input type="checkbox"/> SCFP <input type="checkbox"/> GSAÉD <input type="checkbox"/> FACULTÉ D'ATTACHE <input type="checkbox"/> AUTRE : _____			
NOMBRE DE SUBVENTIONS DE VOYAGE OBTENUES DE LA FÉSP ?	DATES ET MONTANTS :		
	ANNÉE	MOIS	JOUR
			\$
	ANNÉE	MOIS	JOUR
			\$
JE CONFIRME AVOIR CONNAISSANCE DES RÈGLES DU PROGRAMME ET QUE LES INFORMATIONS FOURNIES DANS CETTE DEMANDE SONT COMPLÈTES ET EXACTES.			
_____		_____	
DATE		SIGNATURE (DEMANDEUR DE SUBVENTION)	

CONTRIBUTION FINANCIÈRE

(MINIMUM 100 \$ EXIGÉ)

QUELLE SERA LA CONTRIBUTION FINANCIÈRE DU DIRECTEUR DE THÈSE ?

_____ \$

▷ COTE BUDGÉTAIRE

APPROUVÉ PAR (SOURCE DE LA CONTRIBUTION FINANCIÈRE) :

NOM (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

TITRE

COURRIEL

DÉPARTEMENT

_____ DATE

_____ SIGNATURE

RECOMMANDATION DU DIRECTEUR DE THÈSE

LE SUJET DE THÈSE INDIQUÉ À LA PAGE 1 EST-IL EXACT ? OUI NON

LA PUBLICATION EST-ELLE DIRECTEMENT LIÉE À LA THÈSE ? OUI NON

VEUILLEZ COMMENTER SUR LA PERTINENCE DE PARTICIPER À CETTE CONFÉRENCE À CE STADE DU PROGRAMME DE RECHERCHE DU CANDIDAT.

NOM (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

COURRIEL

JE CONFIRME QUE L'INFORMATION FOURNIE DANS CETTE DEMANDE EST COMPLÈTE ET EXACTE.

_____ DATE

_____ SIGNATURE (DIRECTEUR DE THÈSE)

À L'USAGE DE LA FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ

APPROUVÉ REFUSÉ

RÉFÉRENCE

APPROBATION DU
DOYEN ASSOCIÉ ▷

_____ NOM (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

_____ DATE

_____ SIGNATURE

Faculté des sciences de la santé

fssvd@uottawa.ca | 613-562-7902

538-540, King Edward, pièce 212, Ottawa, Ontario K1N 6N5

