

# Demande de subvention de voyage pour conférence

Étudiants à la maîtrise avec thèse

IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT			
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM(S)	NUMÉRO ÉTUDIANT	
UNITÉ SCOLAIRE / DISCIPLINE		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	
SUJET DE THÈSE			
COURRIEL		PREMIER TRIMESTRE D'INSCRIPTION À LA MAÎTRISE	ANNÉE
		<input type="radio"/> JANVIER <input type="radio"/> AVRIL <input type="radio"/> SEPTEMBRE	
VEUILLEZ SOUMETTRE LES DOCUMENTS SUIVANTS AVEC VOTRE DEMANDE		<input type="checkbox"/> LA CONFIRMATION ÉCRITE QUE VOTRE PUBLICATION A ÉTÉ ACCEPTÉE À LA CONFÉRENCE	<input type="checkbox"/> LES CONTRIBUTIONS ET RECOMMANDATIONS DE L'UNITÉ SCOLAIRE ET / OU 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="radio"/> A (550 \$) <input type="radio"/> B (550 \$) <input type="radio"/> C (425 \$) <input type="radio"/> D (550 \$) <input type="radio"/> E (300 \$) <input type="radio"/> AUTRES (550 \$)			
DATE DE LA CONFÉRENCE	DU	AU	SITE INTERNET DE LA CONFÉRENCE (S'IL Y A LIEU)
	ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR	
INDIQUEZ CLAIEMENT COMMENT LA PRÉSENTATION/ AFFICHE EST LIÉE AUX RÉSULTATS DE LA RECHERCHE 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?		SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER	
<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		<input type="radio"/> APTPUO <input type="radio"/> SCFP <input type="radio"/> GSAÉD <input type="radio"/> FACULTÉ D'ATTACHE <input type="radio"/> AUTRES	
JE CONFIRME AVOIR CONNAISSANCE DES RÈGLES DU PROGRAMME ET QUE LES INFORMATIONS FOURNIES DANS CETTE DEMANDE SONT COMPLÈTES ET EXACTES.		DATE	SIGNATURE
		ANNÉE MOIS JOUR	

## Faculté des sciences de la santé

200 avenue Lees, Ottawa, Ontario K1N 6N5

[fssvdetu@uottawa.ca](mailto:fssvdetu@uottawa.ca)



CONTRIBUTION FINANCIÈRE																					
QUELLE SERA LA CONTRIBUTION FINANCIÈRE DE L'UNITÉ SCOLAIRE ET / OU DU DIRECTEUR DE THÈSE ?	(MINIMUM 100 \$ EXIGÉ) _____ \$ <input type="checkbox"/> BUDGET D'EXPLOITATION <input type="checkbox"/> SUBVENTION																				
<b>APPROUVÉ PAR (SOURCE DE LA CONTRIBUTION FINANCIÈRE) :</b>																					
NOM (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)	TITRE																				
_____	_____																				
COURRIEL	DÉPARTEMENT																				
_____	_____																				
SIGNATURE _____	DATE																				
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"> </td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">ANNÉE</td> <td style="font-size: 8px;">MOIS</td> <td style="font-size: 8px;">JOUR</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>											ANNÉE	MOIS	JOUR							
ANNÉE	MOIS	JOUR																			

RECOMMANDATION DU DIRECTEUR DE THÈSE																				
LE SUJET DE LA THÈSE INDIQUÉ À LA PAGE 1 EST-IL EXACT ? <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON																				
EST-CE QUE LA PRÉSENTATION/AFFICHE DE LA CONFÉRENCE EST DIRECTEMENT LIÉE AUX RÉSULTATS DE RECHERCHE DE LA THÈSE ? VEUILLEZ EXPLIQUER. <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> 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 AVOIR CONNAISSANCE DES RÈGLES DU PROGRAMME ET QUE LES INFORMATIONS FOURNIES DANS CETTE DEMANDE SONT COMPLÈTES ET EXACTES.																				
DATE _____    SIGNATURE _____																				
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"> </td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">ANNÉE</td> <td style="font-size: 8px;">MOIS</td> <td style="font-size: 8px;">JOUR</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>											ANNÉE	MOIS	JOUR							
ANNÉE	MOIS	JOUR																		

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION																					
<input type="radio"/> APPROUVÉ <input type="radio"/> REFUSÉ	RÉFÉRENCE _____																				
_____ _____ _____																					
APPROBATION DU DOYEN ASSOCIÉ	NOM (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) _____ SIGNATURE _____																				
	DATE _____																				
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"> </td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">ANNÉE</td> <td style="font-size: 8px;">MOIS</td> <td style="font-size: 8px;">JOUR</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>											ANNÉE	MOIS	JOUR							
ANNÉE	MOIS	JOUR																			

## Faculté des sciences de la santé

200 avenue Lees, Ottawa, Ontario K1N 6N5

[fssvdetu@uottawa.ca](mailto:fssvdetu@uottawa.ca)

