

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

IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT					
NOM DE FAMILLE		PRÉNOMS		NUMÉRO ÉTUDIANT	
UNITÉ SCOLAIRE / DISCIPLINE			NUMÉRO DE TÉLÉPHONE		
SUJET DE THÈSE					COTUTELLE OUI NON
COURRIEL		PREMIER TRIMESTRE D'INSCRIPTION AU DOCTORAT		ANNÉE	PROGRAMME
		JANVIER	MAI	SEPTEMBRE	PH.D. PROGRAMME ACCÉLÉRÉ
LA CONFIRMATION ÉCRITE QUE VOTRE PUBLICATION A ÉTÉ ACCEPTÉE À LA CONFÉRENCE VEUILLEZ SOUMETTRE LES DOCUMENTS SUIVANTS AVEC VOTRE DEMANDE					
LES CONTRIBUTIONS ET RECOMMANDATIONS DE L'UNITÉ SCOLAIRE ET / OU DU SUPERVISEUR AVEC SIGNATURES LE RÉSUMÉ DE VOTRE COMMUNICATION ET LA LISTE OFFICIELLE DES AUTEURS					
NOM DU CONGRÈS					
LIEU DU CONGRÈS		PROVINCE/ÉTAT		PAYS	
VILLE					
ZONE GÉOGRAPHIQUE (VEUILLEZ VOUS RÉFÉRER À LA CARTE)					
A (650 \$)		B (750 \$)	C (425 \$)	D (550 \$)	E (300 \$) AUTRE (800 \$)
DATE DE LA CONFÉRENCE			SITE INTERNET DE LA CONFÉRENCE (S'IL Y A LIEU)		
DU	AU				
ANNÉE	MOIS	JOUR	ANNÉE	MOIS	JOUR
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					
					AFFICHE 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 ?					
OUI		NON			
SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER			APTPUO SCFP GSAÉD FACULTÉ D'ATTACHE AUTRE : _____		
NOMBRE DE SUBVENTIONS DE VOYAGE OBTENUES DE LA FÉSP ?		DATES ET MONTANTS :			
\$		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 DE L'UNITÉ SCOLAIRE ET / OU DU DIRECTEUR DE THÈSE ?

\$

BUDGET D'EXPLOITATION

SUBVENTION

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)

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

COURRIEL

DATE

SIGNATURE (DIRECTEUR DE THÈSE)

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

APPROUVÉ

REFUSÉ

RÉFÉRENCE

APPROBATION DU
DOYEN ASSOCIÉ

NOM (CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

DATE

SIGNATURE

Faculté des études supérieures et postdoctorales

etudesup.bourses@uottawa.ca | 613-562-5742

115, Séraphin-Marion, pièce 107, Ottawa, Ontario K1N 6N5

