|  |  |
| --- | --- |
|  | Date limite de soumission: Le 24 avril 2026 | 17h00 |

# DEMANDE DE SUBVENTION DE RECHERCHE IRDM

## *Les renseignements personnels fournis dans votre demande seront utilisés uniquement dans le but de traiter votre demande de subvention.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Information du chercheur | | | | | | | |
| Nom |  | |  | | |  | |
| Titre | | Prénom | | | Nom de famille | |
| Adresse |  | | | | | |  |
| Rue | | | | | | Appartement |
|  | | | |  | |  |
| Ville | | | | Province | | Code postal |
| Téléphone à domicile |  | Téléphone cellulaire | |  | Courriel |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Information de l’institution | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | |
| Nom (*institution à laquelle les fonds seront versés*) | | | | | | # d’entreprise du compte de bienfaisance de Revenu Canada | | | | |
| Adresse | |  | | | | | | | |  |
| Rue | | | | | | | | Suite/Étage |
|  | | | | | Québec | | |  |
| Ville | | | | | Province | | | Code postal |
| Nom de l’officier de l’institution | | |  | |  | | | |  | |
| Titre | | Prénom | | | | Nom de famille | |
| Téléphone à domicile |  | | Téléphone cellulaire |  | | | Courriel |  | | |

|  |
| --- |
| Titre de la recherche |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Résumé simplifié  *Le résumé simplifié sera publié sur le site web de l’IRDM et sera utilisé pour informer les donateurs et le public sur la recherche soutenue par IRDM.* | |
| Titre du résumé simplifié: |  |
| Texte du résumé simplifié:  *(Fournir en 300 mots ou moins, un résumé non technique de votre recherche, rédigé pour une compréhension claire et adaptée pour un public général.)* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Exigences éthiques** | | | |
| Si cette recherche implique l’un des éléments suivants, cochez la ou les cases appropriées. Si la subvention vous est accordée, les exigences de certification nécessaires devront être remplies conformément aux politiques sur la conduite éthique de la recherche. | | | |
| Sujets humains | Cellules souches humaines | Animaux | Risques biologiques |
| Statut de la certification (le cas échéant) :  Approuvée (certificat joint)  En attente  Non applicable | | | |

|  |
| --- |
| **Suggestion d’évaluateurs externes** |

Veuillez énumérer trois évaluateurs externes à votre institution, qui ne sont pas des collaborateurs actuels et qui ont les connaissances nécessaires pour évaluer votre projet de recherche.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom: Nom de famille: | Téléphone |  |
| Institution |  | Courriel |  |
|  |  |  |  |
| Nom | Prénom: Nom de famille: | Téléphone |  |
| Institution |  | Courriel |  |
|  |  |  |  |
| Nom | Prénom: Nom de famille: | Téléphone |  |
| Institution |  | Courriel |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Signatures | | | |
| Chercheur principal |  | DateAAAA-MM-JJ |  |
| Co-chercheur |  | DateAAAA-MM-JJ |  |
| Officier de l’institution |  | Date AAAA-MM-JJ |  |