



**Bourse de recherche d'AllerGen-Fondation canadienne d'allergie, d'asthme et d'immunologie (FCAAI)  
à l'intention des nouveaux cliniciens chercheurs**

**FORMULAIRE DE DEMANDE 2017**

Nom du demandeur :	Prénom	Nom de famille		Date
Adresse postale :	Rue	# d'appartement/d'unité		
	Ville	Pays	Code postal	
Téléphone (au travail) :	(    )	Courriel :		
Téléphone (à la maison) :	(    )			
Êtes-vous un citoyen canadien? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si NON, êtes-vous un immigrant ayant reçu le droit d'établissement ou un résident permanent? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Formation de sous-spécialité en allergologie et immunologie clinique	Date de début jour/mois/année	Date de fin jour/mois/année	Établissement canadien	
<p>Décrivez de quelle manière la Bourse de recherche d'AllerGen à l'intention des nouveaux cliniciens-chercheurs contribuera à votre perfectionnement professionnel et accélérera la réalisation de vos objectifs de carrière à long terme.</p> <p>Décrivez les répercussions de vos recherches, à titre de projet de fondation, sur votre carrière de clinicien ou de travailleur scientifique.</p> <p>Donnez également un aperçu de la possibilité de formation, y compris de la nature du milieu d'apprentissage et de l'encadrement qui seront offerts. Maximum de deux (2) pages.</p>				

<b>Expérience de travail pertinente</b>			
Poste occupé et nature du travail (en commençant par votre emploi actuel) Temps plein – temps partiel	Organisation	Superviseur	Période (mois/année – mois/année)

Acquis scolaire (y compris les programmes actuels et antérieurs menant à un grade)				
Diplômes	Nom de la discipline	Département, établissement et pays	Début (mois et année)	Mois et année d'octroi réel ou prévu
Nom du superviseur actuel :				
Titre :				
Université et adresse postale :				
Numéro de téléphone de la personne ressource :				

Bourses d'études et autres bourses obtenues (en commençant par la plus récente)					
Nom de la bourse	Valeur (en \$ CA) ou indiquer la devise	Niveau Institutionnel, provincial, national, international	Type Universitaire, recherche, leadership, communication	Lieu de validité	Période de validité (mois/année-mois/année)

**CV commun des IRSC**

OUI, CV commun des IRSC joint


<b>Veillez joindre les relevés de notes</b>			
<p>Relevés de notes joints (# de relevés de notes = ___)  <i>Veillez énumérer les établissements d'où proviennent ces relevés.</i></p>			
<b>Veillez joindre la preuve de formation de sous-spécialité en allergologie et immunologie clinique</b>			
<p>Preuve de formation de sous-spécialité en allergologie et immunologie clinique :  <i>Veillez indiquer le nom du ou des établissements)</i></p>			
<b>Veillez joindre la lettre attestant que vous êtes retenu pour un poste de professeur débutant (facultatif)</b>			
<p>Lettre d'attestation concernant le poste de professeur débutant provenant de :  <i>Veillez indiquer le nom de l'établissement</i></p>			
<b>Veillez joindre une lettre décrivant les possibilités de financement provincial de la recherche (facultatif)</b>			
<p>Lettre relative au financement provincial provenant de :  <i>Veillez indiquer la source de financement</i></p>			
<b>Veillez joindre les formulaires d'évaluation des parrains</b>			
<p>Formulaires d'évaluation des parrains provenant de :  <i>Veillez inscrire le nom des parrains</i></p>			
<b>Veillez joindre la ou les lettres d'appui</b>			
<p>Lettre(s) d'appui jointe(s) (# de lettres = ___) provenant de :  <i>Veillez inscrire le nom des auteurs de ces lettres</i></p>			
<b>Références</b>			
<b>Référence professionnelle n° 1 :</b>			
Nom :			
Titre :			
Lien avec le demandeur :			
Adresse postale :	Rue :	# d'appartement/d'unité :	
	Ville :	Pays :	Code postal :
Téléphone (au travail) :			
Autre n° de téléphone :		Adresse électronique :	

<b>Référence professionnelle n° 2 :</b>			
Nom :			
Titre :			
Lien avec le demandeur :			
Adresse postale :	Rue :	# d'appartement/d'unité	
	Ville :	Pays :	Code postal :
Téléphone (au travail) :			
Autre n° de téléphone :		Adresse électronique :	
<b>Référence professionnelle n° 3 :</b>			
Nom :			
Titre :			
Lien avec le demandeur :			
Adresse postale :	Rue :	# d'appartement/d'unité	
	Ville :	Pays :	Code postal :
Téléphone (au travail) :			
Autre n° de téléphone :		Adresse électronique :	
<b>Avertissement et signature</b>			
Par la présente, je comprends et je conviens que toute bourse accordée par suite de cette demande sera assujettie aux modalités d'AllerGen RCE Inc. qui la régissent.			
Signature du demandeur :		<b>Date :</b>	
Signature du superviseur actuel :		<b>Date :</b>	

**Veillez faire parvenir votre demande à l'adresse suivante :**

Bourse de recherche d'AllerGen à l'intention des nouveaux cliniciens-chercheurs pour 2018  
 AllerGen RCE Inc., à l'attention de : Leah Graystone  
 McMaster University  
 Michael G. DeGroot Centre for Learning and Discovery  
 1280 Main Street West, Rm 3120  
 Hamilton, Ont L8S 4K1  
 Téléphone : 905-525-9140 poste 26633  
 Télécopieur 905-524-0611. Courriel : [leahgraystone@allergen-nce.ca](mailto:leahgraystone@allergen-nce.ca)

Financement en partenariat obtenu ou en attente				
Nom de l'organisation	Fonds engagés	Titre du signataire	Signataire autorisé pour votre établissement	Date
<b>Total des fonds en partenariat engagés</b>	<b>\$</b>			

Liste de vérification de la Bourse de recherche à l'intention des nouveaux cliniciens-chercheurs :	 si fourni
Formulaire de demande dûment rempli	
Description du projet de recherche	
Module CV commun des IRSC joint	
Preuve de formation de sous-spécialité en allergologie et immunologie clinique	
Lettre de l'établissement d'accueil confirmant le poste de professeur débutant	
Lettre décrivant les possibilités de subvention provinciale à la recherche (s'il y a lieu)	
Trois (3) formulaires d'évaluation de parrain	
Lettre(s) d'appui du ou des superviseurs	
Relevés de notes officiels	