

**Dossier à remplir selon les indications**

**Allocation recherche paramédicale  
activité physique et diabète  
SFD PARAMEDICAL / USD**

**COORDONNÉES DES PORTEURS DU PROJET**



**RECOMMANDATIONS DE REDACTION**

*Remplir à la suite, suivant la structure ci-dessous*

*Respecter l'anonymat dans vos textes.*

*Et renvoyer votre dossier en 2 fichiers en format PDF*

*à l'adresse suivante :*

*prixsfdparamedical@sfdiabete.org*

*A partir du 1 Septembre et **Avant le 15 Décembre.***



**1)Titre du projet ;**

**2)Prénom, nom du responsable ou porteur du projet, adresse et mail de contact.**

**3)Noms et adresses des personnes ou centres impliqués dans le travail de recherche**  
*(s'il y a lieu, remplir le tableau ci-dessous)*

	Noms	Fonction	Adresses
1			
2			
3			
4			
5			

**4) Déclaration sur l'honneur à réaliser le projet dans l'année (ou selon calendrier fourni)**

Je, soussigné \_\_\_\_\_, déclare avoir pris connaissance du **règlement du concours** et m'engage à **réaliser le projet et à venir le présenter** à la journée paramédicale du Congrès SFD et à fournir tous les documents nécessaires pour la **remise du prix par le biais d'un organisme habilité à le gérer**, si je suis le lauréat du concours.

Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Signature du porteur de projet :