**Dossier à remplir selon les indications**

**Allocation recherche paramédicale**

**activité physique et diabète**

**SFD PARAMEDICAL / USD**

**COORDONNÉES DES PORTEURS DU PROJET**

**recommandations de rédaction**

*****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 :