



Financement fourni par:

RÉSEAU DE FORMATION EN RECHERCHE EN PHYSIQUE MÉDICALE – CRSNG FONCER



DEMANDE DE SUBVENTION DE VOYAGE POUR ÉCHANGE POUR L'ÉTUDIANT



Date: 1 septembre 2018 - 31 mars 2019

|                                    |                    |
|------------------------------------|--------------------|
| <b>Information sur l'étudiant:</b> | Niveau d'étudiant: |
| Nom:                               | Prénom:            |
| Numero de téléphone:               | Adresse postale:   |
| Courriel:                          |                    |
| <b>Informations de Hébergeur</b>   |                    |
| PI/ Collaborateur (Nom, Prénom):   |                    |
| Adresse postale:                   |                    |
| Numero de téléphone:               |                    |
| Courriel:                          |                    |
| Date(s):                           |                    |

OBJECTIFS de L'ÉCHANGE DE VOYAGE:

**BUDGET:** ESTIMATION DES DÉPENSES:

\$ \_\_\_\_\_ Transport                      \$ \_\_\_\_\_ Hébergement

\$ \_\_\_\_\_ Autre (impression, la nourriture, etc)

**S'il vous plait fournir tous les reçus originaux (cartes d'embarquement originales). Tous les frais de carte de crédit doivent être soutenus par un relevé bancaire.**

financement fourni par:

.../2

COMMENTAIRES DU SUPERVISEUR sur l'importance de la proposition de voyage dans le contexte de la recherche de l'étudiant:

*Je comprends les termes et conditions de cette subvention de Voyage comme indiqué sur cette application.*

*Les informations contenues dans la présente demande sont véridiques et exacts au meilleur de ma connaissance.*

*Remarque au superviseur: En signant ici le superviseur s'engage à couvrir un éventuel déficit dans le remboursement par d'autres sources.*

---

|                                                    |                  |             |
|----------------------------------------------------|------------------|-------------|
| <i>Nom de demandeur (S'il vous plaît imprimer)</i> | <i>Signature</i> | <i>Date</i> |
|----------------------------------------------------|------------------|-------------|

---

|                                                      |                  |             |
|------------------------------------------------------|------------------|-------------|
| <i>Nom de superviseur (S'il vous plaît imprimer)</i> | <i>Signature</i> | <i>Date</i> |
|------------------------------------------------------|------------------|-------------|

**S'il vous plaît envoyer le formulaire signé à [tatjana.nisic@mcgill.ca](mailto:tatjana.nisic@mcgill.ca)**