***Veuillez remplir ou cocher tous les champs modifiables du présent formulaire.***

|  |
| --- |
| **NUMÉRO DE DOSSIER** |
| **2025-RG-**  Numéro dossier |

|  |
| --- |
| Une fois rempli, ce formulaire de déclaration doit être enregistré au format PDF, puis joint à la section « Autres documents » du formulaire de demande complète FRQnet, avant la date et l'heure limites indiquées dans les règles du programme, soit le 15 novembre 2023 à 16h.  Si plusieurs établissements partenaires sont déclarés, tous les formulaires doivent être consolidés dans un même fichier PDF et joint à ladite section. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **IDENTIFICATION DU REGROUPEMENT STRATÉGIQUE** | | |
| Nom et acronyme du regroupement : | | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Nom et prénom du chercher principal ou de la chercheuse principale : | | |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | | |
| Établissement gestionnaire : | Cliquez ici pour entrer du texte. | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **IDENTIFICATION DE L’ÉTABLISSEMENT PARTENAIRE** | | |
| Nom de l’établissement partenaire : | | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Adresse : | Adresse ligne1 Adresse ligne 2 Adresse ligne 3 Ville (Province) Code-postal | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EN AUTORITÉ QUI REMPLIT CE FORMULAIRE AU NOM DE L’ÉTABLISSEMENT PARTENAIRE** | | | | | | | | | | | |
| Nom : | Cliquez ici pour entrer du texte. | | | | | | Prénom : | | Cliquez ici pour entrer du texte. | | |
| Titre : | Cliquez ici pour entrer du texte. | | | | | | | | | | |
| Département : | | | | Cliquez ici pour entrer du texte. | | | | | | | |
| Établissement : | | | | | Cliquez ici pour entrer du texte. | | | | | | |
| Adresse : | | Cliquez ici pour entrer du texte. | | | | | | | | | |
| Ville : | Cliquez ici pour entrer du texte. | | | | | Province : | | Ex. QC. | | Code postal : | Ex. A1A 1A1 |
| Téléphone : | | | Cliquez ici pour entrer du texte. | | | | | | | | |
| Courriel : | | Cliquez ici pour entrer du texte. | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 1. **APPUI DE L’ÉTABLISSEMENT PARTENAIRE AU REGROUPEMENT (Maximum 1 page/4 000 caractères)** 2. **Décrire brièvement l’entente établie entre le regroupement et l’établissement partenaire (visées, portée, retombées potentielles, etc.)** 3. **Préciser le type et le niveau de soutien offert (Contributions financières et en nature)** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **PERSONNE EN AUTORITÉ ATTESTANT DES CONTRIBUTIONS DE L’ÉTABLISSEMENT PARTENAIRE EN APPUI AU REGROUPEMENT** | | | | | |
| Titre : | Cliquez ici pour entrer du texte. | | | | |
| Nom : | Cliquez ici pour entrer du texte. | | Prénom : | | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Signature manuscrite ou importée depuis votre poste de travail : | | | | | |
| Une image contenant blanc, conception  Description générée automatiquement | | | | | |
| Je, Nom Prénom, certifie que je suis bien autorisé(e) à remplir et à signer ce formulaire d’attestation de contribution de l’établissement partenaire Nom établissement en appui au regroupement stratégique mentionné ci-haut. | | | | | |
| J’accepte | | OUI | | NON | |