



APPLICATION FOR “EUROPEAN CF SOCIETY CONFERENCE” TRAVEL SUPPLEMENT GRANT (June 2011) / DEMANDE DE SUBVENTION DE VOYAGE SUPPLÉMENTAIRE POUR LE CONGRÈS DE LA EUROPEAN CYSTIC FIBROSIS SOCIETY (juin 2011)

A. GENERAL INFORMATION/RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

NAME OF APPLICANT/NOM DU DEMANDEUR				
Title/Titre <input type="checkbox"/> Dr./D ^r <input type="checkbox"/> Mr./M. <input type="checkbox"/> Mrs./M ^{me} <input type="checkbox"/> Ms.		Given Name/Prénom	Middle Name/Second prénom	Surname/Nom de famille
MAILING ADDRESS OF APPLICANT/ADRESSE POSTALE DU DEMANDEUR				
Institution/Établissement		Department or Faculty/Département ou faculté		
Street Address/Adresse		Suite or Floor (if applicable)/Bureau ou étage		
City/Ville	Province	Postal Code/Code postal	Email/Courriel	
Telephone/Téléphone		Fax/Télécopieur		

B. APPLICANT ELIGIBILITY/ADMISSIBILITÉ DU DEMANDEUR

The frequency of an application from any individual should be reasonable (i.e. once every four years). Please indicate current eligibility./La fréquence à laquelle les demandes de subvention sont présentées doit être raisonnable (c.-à-d. une fois tous les quatre ans). Veuillez indiquer la catégorie à laquelle vous appartenez :

- CCFF-funded researcher/chercheur subventionné par la FCFK
- Canadian CF clinic director/directeur d'une clinique de FK canadienne
- Canadian CF clinician or physician*/clinicien ou médecin travaillant dans une clinique de FK canadienne*
- Canadian CF clinic coordinator*/coordonnateur d'une clinique de FK canadienne*
- Canadian CF allied health professional*/personnel paramédical d'une clinique de FK canadienne*
(position/poste : _____)

** Applications from clinicians, physicians, coordinators and allied health professionals **must be endorsed by the clinic director**. Please append this endorsement letter to the back of the completed application form./* Les demandes présentées par les cliniciens, les médecins, les coordonnateurs et les membres du personnel paramédical **doivent être autorisées par le directeur de la clinique**. Veuillez joindre la lettre d'autorisation à la demande dûment remplie.*

FOR CCFF OFFICE USE ONLY / RÉSERVÉ À L'USAGE DE LA FCFK	Received ___/___/___	Entered ___/___/___	Entered ___/___/___	Acknowledged ___/___/___
				Endorsement letter _____

C. APPLICANT PARTICIPATION AT ECFS CONFERENCE/PARTICIPATION DU DEMANDEUR AU CONGRÈS DE LA ECFS

Please indicate your participation at the conference./Veuillez indiquer votre rôle dans le cadre du congrès :

- Invited speaker/conférencier invité
- Invited moderator/animateur invité
- Oral presentation/présentation orale
- Workshop/atelier
- Poster/affiche
- Other/autre

(describe/veuillez décrire : _____)

In order to qualify for this grant, applicants must provide evidence of active participation at the conference (i.e. documentation indicating that you will be presenting a paper or abstract, or participating in a workshop, etc.). Please append this documentation to the back of the completed application form./ Afin d’être admissible à cette subvention, le demandeur doit fournir une preuve de sa participation active au congrès (document prouvant qu’il aura à présenter une communication, un compte-rendu ou participer à un atelier, etc.). Veuillez joindre ces documents à la demande dûment remplie.

D. BUDGET

The maximum award will be \$2,000 CDN per grantee./La montant maximal alloué est de 2 000 \$CA par demandeur.

Expense category & details/Catégorie et renseignements	Euro/Euros	CDN dollar estimate/ Dollars CA (estimation)
<u>Travel/Transport</u>		
Flight(s)/Avion		
Ground transportation/Transport terrestre		
Parking/Frais de stationnement		
Other (please specify)/Autres (veuillez préciser) :		
<u>Accommodation/Hébergement</u>		
# of nights x room rate/N ^{bre} de nuits x tarif de la chambre		
<u>Food/Repas</u>		
# of days x \$55 CDN per day (maximum CCF rate)/ N ^{bre} de jours x 55 \$CA par jour (maximum alloué par la FCFK)		
<u>Registration/Inscription</u>		
<u>Other (please specify)/Autres (veuillez préciser) :</u>		
TOTAL BUDGET/BUDGET TOTAL		= \$
Other sources of funding (please specify):		- \$
AMOUNT REQUESTED FROM CCF		= \$

If your grant application is successful, an itemized breakdown of expenses incurred and the original receipts must be submitted to the Foundation upon return from the ECFS conference, and any unexpended funds returned to the Foundation./Si votre demande est approuvée, vous devrez, à votre retour, remettre à la Fondation une liste de vos dépenses accompagnée des reçus originaux, de même que les fonds non dépensés.

E. UNDERTAKING OF APPLICANT/ENGAGEMENT DU DEMANDEUR

The undersigned hereby agrees that the conditions governing the award of a ECFSC Travel Supplement Grant, as detailed in the *CCFF Grants & Awards Guide*, apply to any grant awarded under this application, and that these conditions are accepted by the applicant./ Le soussigné accepte par la présente que les conditions régissant l’attribution d’une subvention de voyage supplémentaire pour le congrès de la European Cystic Fibrosis Society, telles que décrites dans le *Guide des subventions et bourses de la FCFK*, s’appliquent à toute subvention décernée en vertu de cette demande; le demandeur accepte également ces conditions.

ECFSC Travel Supplement Grant Applicant/Demandeur d’une subvention de voyage supplémentaire au congrès de la ECFS

Name/Nom

Signature

Date

Please contact Andrea Mackesy, Manager, Research Programs (amackesy@cysticfibrosis.ca) at the Foundation’s office if you have any questions. The completed application form and supporting documentation must be sent to the attention of Ms. Mackesy via email./Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec Andrea Mackesy, chef de service, Programmes de recherche (amackesy@cysticfibrosis.ca) au siège social de la Fondation. Veuillez envoyer votre demande dûment remplie et les documents à l’appui aux soins de M^{me} Mackesy par courriel.

*The application deadline is **Friday, April 1, 2011**./La date limite est le **vendredi 1^{er} avril 2011**.*