***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 ligne1Adresse ligne 2Adresse ligne 3Ville (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 |