



**FORMULAIRE DE DEMANDE: La bourse Dawn Walker pour appuyer le perfectionnement en matière de politique de la santé à l'intention des professionnels de la santé**

**Prix, bourses et subventions de la FCSF**

Veillez retourner le formulaire dûment rempli ainsi que tous les documents nécessaires au bureau national de la FCSF avant le 15 mai 2018.

**Par courrier**

à la Fondation canadienne de la santé des femmes  
2781, chemin Lancaster, bureau 200  
Ottawa, ON K1B 1A7

**Par télécopieur ou par voie électronique**

au 613-730-4314 ou à [infocfwh@sogc.com](mailto:infocfwh@sogc.com)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tél. (domicile) : \_\_\_\_\_ Tél. (travail) : \_\_\_\_\_

Télé. : \_\_\_\_\_ Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

Profession: \_\_\_\_\_

Établissement participant: \_\_\_\_\_

Titre du projet: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Votre projet ou activité éducative doit se concentrer sur l'apprentissage de la manière dont les politiques de santé sont développées et comment elles peuvent être utilisées pour promouvoir de meilleurs soins pour les femmes et les enfants. Veuillez vous référer aux directives de la bourse Dawn Walker pour obtenir des informations complètes sur les prix. Les documents complétés doivent être envoyés par courriel à la FCSF avant le 15 mai pour que votre demande soit prise en compte.

Votre proposition ne doit pas dépasser deux pages et doit indiquer comment ce projet / activité éducatif vous aidera à défendre de meilleurs soins de santé pour les femmes et / ou les enfants. Un budget détaillé décrivant comment l'argent de la bourse sera dépensé et un calendrier prévu pour le projet / l'activité sont requis. Votre demande dûment remplie doit inclure une copie de votre curriculum vitae et une lettre de soutien ou d'acceptation provisoire de la part de l'organisation participante ou de l'établissement d'enseignement.

**Le candidat retenu doit être en mesure de répondre «oui» à chacun des éléments suivants de la liste de contrôle:**

1. je suis un professionnel de la santé ou un étudiant en soins de santé
2. j'ai joint tous les documents requis:
3. (lettre de motivation, description de l'activité / projet et budget,
4. curriculum vitae et lettre de soutien / acceptation provisoire).
5. le calendrier de cette activité / proposition est de deux ans ou moins.
6. le financement demandé est de 5 000 \$ ou moins.
7. aucun autre financement pour cette activité / projet ne sera reçu.
8. je fournirai à CFWH un rapport final détaillé à la fin de l'activité / du projet.

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Veillez retourner ce formulaire de demande dûment rempli et les documents par courriel à [infocfwh@sogc.com](mailto:infocfwh@sogc.com)  
avant le 15 mai