

**APPEL D'OFFRE RECHERCHE 2024**  
**LIGUE CONTRE LE CANCER**  
**SUBVENTIONS 2024– FINANCEMENT POUR 1 ANNEE**



<b>16</b>	<b>17</b>	<b>79</b>	<b>86</b>
<b>CHARENTE</b>	<b>CHARENTE MARITIME</b>	<b>DEUX-SEVRES</b>	<b>VIENNE</b>
Tél : 05 45 92 20 75	Tél : 05 46 50 57 95	Tél : 05 49 06 96 60	Tél 05 49 47 10 15
<a href="mailto:cd16@ligue-cancer.net">cd16@ligue-cancer.net</a>	<a href="mailto:cd17@ligue-cancer.net">cd17@ligue-cancer.net</a>	<a href="mailto:cd79@ligue-cancer.net">cd79@ligue-cancer.net</a>	<a href="mailto:cd86@ligue-cancer.net">cd86@ligue-cancer.net</a>

**Conseil Scientifique Poitou-Charentes (CSPC)**

**Les comités départementaux du Poitou-Charentes attribuent des fonds d'aide à la Recherche sur le cancer.**

- Les formulaires de demande peuvent être obtenus auprès des secrétariats des Comités Départementaux de la Ligue contre le Cancer par : téléphone, ou par mail.

**Les dossiers de candidature doivent être adressés au Président de VOTRE COMITE DEPARTEMENTAL de la Ligue contre le Cancer avant le **17 MAI 2024 inclus****

## PIECES A JOINDRE POUR LA CONCEPTION DU DOSSIER COMPLET A TRANSMETTRE AU COMITE DE VOTRE DEPARTEMENT

### Le demandeur doit fournir un dossier complet :

- 1 exemplaire papier** du dossier complet **avec signatures originales** ➡ à envoyer par courrier à votre comité départemental + Pièces à fournir à part
- 1 fichier numérique** du dossier complet en format **pdf** avec les signatures scannées ➡ à envoyer par mail [cd\\*@ligue-cancer.net](mailto:cd*@ligue-cancer.net) (taille maximale du fichier 2 Mo) ou sur cdrom à votre comité départemental (\* numéro de votre département) + Pièces à fournir à part

### Le dossier complet :

- Le **formulaire de demande, daté et signé** par le demandeur et le directeur ou chef de service (pages 4 à 8).
- Le **détail financier** de l'ensemble du projet (page 7)
- Le **plan de recherche** sur l'année par trimestre
- Le **rapport d'activités scientifiques** de la demande antérieure subventionnée par la Ligue contre le Cancer (page 9)
- Le **curriculum vitae** du demandeur
- Les **organigrammes du laboratoire et de l'équipe** du demandeur travaillant sur le projet. (1 page maximum)
- Les 5 meilleures publications du porteur de projet dans les 5 dernières années.
- L'engagement** du bénéficiaire, ou du coordonnateur de la demande multicentrique, **de faire parvenir au terme de l'utilisation de la subvention :**
  - ♦ un rapport d'activité scientifique sur le résultat des recherches entreprises **sous format pdf**
  - ♦ un **compte-rendu financier** de l'emploi des fonds reçus certifié conforme par l'établissement
  - ♦ une copie de la page mentionnant, dans vos **publications**, l'aide financière de la Ligue contre le cancer

### Et nous fournir à part :

- Le **RIB de l'établissement gestionnaire** du porteur de projet **et l'ORDRE** auquel le **CHEQUE** doit être établi et l'adresse précise d'envoi (voir page 8) – **Et pour chaque équipe si projet multicentrique.**  
*Format pdf à envoyer par mail @ à votre comité départemental*
- 1 fiche résumé**  
*Format pdf à envoyer par mail @ à votre comité départemental*
- 1 fiche d'évaluation avec l'encadré prérempli**  
*Format word à envoyer par mail @ à votre comité départemental*
- 1 liste de 3 experts compétents dans votre domaine avec lesquels vous n'avez aucun conflit d'intérêt (publications communes ou autres ...) hors du Poitou-Charentes.**  
**Possibilité d'ajouter des experts que vous ne souhaiteriez pas pour raison de compétitivité ou autres.**  
**Dans tous les cas, indiquer les coordonnées complètes pour chacun des experts (nom, prénom, adresse, tél et e-mail).**  
*Format word à envoyer par mail @ à votre comité départemental*

**Nommer les documents informatiques en indiquant le n°du dept, nom du demandeur, nom du fichier (demande, rib, experts, résumé, fiche\_évaluation)**  
*Exemple : 86\_DURAND\_demande2024.pdf*

***Le fait de déposer une demande de subvention au Comité départemental a valeur d'acceptation des conditions énoncées ci-dessus.***

## DEMANDE DE FINANCEMENT RECHERCHE - APPEL D'OFFRE 2024

### Identification du porteur du projet

Nom..... Prénom.....  
Date de naissance.....  
Titre et fonction.....  
Adresse e-mail.....  
Téléphone..... Fax.....

### Établissement où se déroule la recherche

Établissement.....  
Adresse.....  
Téléphone.....  
Responsable du laboratoire : Nom..... Prénom.....

### Organismes de rattachement

INSERM     CHU     CRLCC     UNIVERSITE UFR     CNRS  
 Autre (préciser) :.....

### La recherche entre-t-elle dans le cadre de la loi Huriet ?

OUI     NON    Si oui, fournir l'avis du CPP

### S'agit-il d'un programme multicentrique ?

OUI  NON    Si oui, précisez les autres laboratoires partenaires

Lab 1 Porteur du projet : ..... Ville : .....  
Lab 2 : ..... Responsable : ..... Ville : .....  
Lab 3 : ..... Responsable : ..... Ville : .....  
Lab 4 : ..... Responsable : ..... Ville : .....

### Une partie de ce programme a-t-il fait l'objet d'une autre demande auprès d'un autre Comité Départemental de la Ligue ou d'un autre organisme ?

OUI     NON    Si oui, précisez le(s) autre(s) Comité(s) ou l'organisme.....  
.....

### Équipe labellisée

- Une demande de labellisation est-elle en cours sur le même projet que la présente demande ?  
 OUI  NON
- Votre présent projet fait-il partie du programme d'une équipe labellisée ?  OUI  NON

### Le projet fait-il partie d'un axe de recherche du Cancéropôle ?

OUI  NON    Si oui, lequel ou lesquels ? Cochez un ou plusieurs axes ou réseaux

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vectorisation et Radiothérapies | <input type="checkbox"/> Valorisation des produits de la mer |
| <input type="checkbox"/> Immunothérapies                 | <input type="checkbox"/> Biologie intégrée des cancers       |
| <input type="checkbox"/> Cellules souches et cancer      | <input type="checkbox"/> Réseau Gliome                       |
| <input type="checkbox"/> Sciences humaines et sociales   | <input type="checkbox"/> Réseau Canaux Ioniques              |
| <input type="checkbox"/> Épигénétique                    | <input type="checkbox"/> Réseau prostate                     |

## PARTICIPANTS IMPLIQUES DANS LE PROJET

### Equipe 1

NOM - Prénom	Titre	Etablissement / Laboratoire	Fonction dans projet	% DU TEMPS TOTAL DE RECHERCHE CONSACRE AU PROJET <sup>1</sup>	* SIGNATURE OBLIGATOIRE

### Equipe 2...

NOM - Prénom	Titre	Etablissement / Laboratoire	Fonction dans projet	% DU TEMPS TOTAL DE RECHERCHE CONSACRE AU PROJET <sup>1</sup>	* SIGNATURE OBLIGATOIRE

\* signature obligatoire pour validation de l'expertise

<sup>1</sup> Correspond au % du temps total de recherche consacré au projet  
(Exemple : un MCU ne peut consacrer plus de 50% de son temps à la recherche sur un projet)

**PROJET****Montant demandé :** ..... **Appartenance comité départemental N° :** .....**Intitulé du projet :** .....**Porteur du projet :** Titre : ..... **Nom :** ..... **Prénom :** .....**Laboratoire :** .....**Adresse :** .....**Tel :** ..... **Mail :** .....**Projet multicentrique :**  oui  non **Si oui, nombre d'équipes impliquées:****Domaine dans lequel s'inscrit le projet (maximum 3)**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anatomie pathologique | <input type="checkbox"/> Expression génique    | <input type="checkbox"/> Préventions I <sup>aire</sup> et II <sup>aire</sup> |
| <input type="checkbox"/> Angiogenèse           | <input type="checkbox"/> Gènes suppresseurs    | <input type="checkbox"/> Protéomique   |
| <input type="checkbox"/> Apoptose              | <input type="checkbox"/> Génétique moléculaire | <input type="checkbox"/> Radiobiologie                                       |
| <input type="checkbox"/> Biologie Cellulaire   | <input type="checkbox"/> Hormones              | <input type="checkbox"/> Radiothérapie                                       |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie        | <input type="checkbox"/> Imagerie médicale     | <input type="checkbox"/> Récepteurs  |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie             | <input type="checkbox"/> Immunologie           | <input type="checkbox"/> Sciences Hum. & Sociales                            |
| <input type="checkbox"/> Cycle Cellulaire      | <input type="checkbox"/> Immunothérapie        | <input type="checkbox"/> Signalisation                                       |
| <input type="checkbox"/> Cytogénétique         | <input type="checkbox"/> Biothérapie           | <input type="checkbox"/> Synthèses chimiques                                 |
| <input type="checkbox"/> Diagnostic            | <input type="checkbox"/> Métastases            | <input type="checkbox"/> Thérapie Cellulaire                                 |
| <input type="checkbox"/> Douleurs              | <input type="checkbox"/> Oncogènes             | <input type="checkbox"/> Trafic intracellulaire                              |
| <input type="checkbox"/> Environnement         | <input type="checkbox"/> Pharmacogénomique     | <input type="checkbox"/> Autres. Précisez :                                  |
| <input type="checkbox"/> Epidémiologie         | <input type="checkbox"/> Pharmacologie         | .....  |

**Localisations tumorales se rapportant à l'étude**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Appareil génital           | <input type="checkbox"/> Os                             |
| <input type="checkbox"/> Carcinome primitif inconnu | <input type="checkbox"/> Pancréas                       |
| <input type="checkbox"/> Côlon                      | <input type="checkbox"/> Plèvre                         |
| <input type="checkbox"/> Foie                       | <input type="checkbox"/> Poumon                         |
| <input type="checkbox"/> Leucémie aigüe             | <input type="checkbox"/> Rein                           |
| <input type="checkbox"/> Leucémie chronique         | <input type="checkbox"/> Sein                           |
| <input type="checkbox"/> Lymphome non hodgkinien    | <input type="checkbox"/> Syndrome myéloprolifératif     |
| <input type="checkbox"/> Maladie de Hodgkin         | <input type="checkbox"/> Système nerveux                |
| <input type="checkbox"/> Mélanome                   | <input type="checkbox"/> Thyroïde                       |
| <input type="checkbox"/> Myélome multiple           | <input type="checkbox"/> Autre localisation. Précisez : |
| <input type="checkbox"/> Œsophage                   | .....   |
| <input type="checkbox"/> ORL (précisez)             |   |

**PROJET** (6 pages maximum, Time 12, Interligne simple)

**Montant demandé :** ..... **Appartenance comité départemental N° :** .....

**Intitulé du projet :** .....

**Porteur du projet :** Titre ..... Nom : ..... Prénom : .....

**Laboratoire :** .....

**Adresse :** .....

**Tel :** ..... **Mail :** .....

**Projet multicentrique :**  oui  non **Si oui, nombre d'équipes impliquées:**

**Plan à respecter :**

1. RESUME
2. OBJECTIFS
3. ARGUMENTAIRE/SITUATION DU PROJET
4. ETAT DES TRAVAUX DE L'EQUIPE SUR LE PROJET
5. METHODOLOGIE (à développer – 2 pages minimum)
6. RESULTATS ATTENDUS/PERTINENCE PAR RAPPORT AU CANCER
7. PRODUCTION SCIENTIFIQUE (de toutes les personnes de l'équipe qui ont publié sur le sujet)

## FINANCEMENT DU PROJET PAR LA LIGUE CONTRE LE CANCER

### PROJET ANTERIEUR

**S'agit-il de la prolongation d'une recherche précédemment financée par la Ligue ?  OUI  NON**

Si oui, joindre le rapport scientifique du projet (voir page 9)

Intitulé du projet déjà financé .....

**Un autre projet a-t-il déjà été financé par la Ligue contre le Cancer ?  OUI  NON**

Si oui, joindre le rapport scientifique du projet (voir page 9)

Intitulé du projet déjà financé .....

**Un des membres de votre équipe est-il actuellement financé par la Ligue ?  OUI  NON**

### NOUVELLE DEMANDE DE FINANCEMENT sur 1 an

	Montant (en €) pour un an
<b>Montant total nécessaire pour ce projet</b> ↻ Joindre le détail financier de l'ensemble du projet	
<b>Montant demandé à la Ligue contre le Cancer</b> ↻ Joindre le plan de recherche sur l'année par trimestre	
<b>Ventilation prévue par équipe pour les projets multicentriques</b>	

**DÉTAIL DU MONTANT DEMANDÉ À LA LIGUE (à justifier)** Pour information, la moyenne des subventions accordées en 2019 était environ de 20 000 €.

POSTE	DESCRIPTIF	QUANTITÉ	MONTANT TOTAL TTC
<b>FONCTIONNEMENT</b>			
Consommables			0
Petits matériels (<1000€)			0
Autres (missions, prestations de plateformes, ...)			
Gratifications M2 (Maximum 5000€)			0
TOTAL FONCTIONNEMENT			0,00 €
<b>ÉQUIPEMENT (&gt;1000€) <span style="float: right;">joindre le devis</span></b>			
			0
TOTAL EQUIPEMENT			0,00 €
<b>VACATIONS consacrées au projet. Ne pas dépasser 5 000 €, sauf pour les projets de SHS, épidémiologie et économie de la santé qui ne peuvent excéder 15 000 €</b> Montant charges patronales incluses			
			0
<b>TOTAL GLOBAL*</b>			

## FINANCEMENTS COMPLEMENTAIRES

SI VOUS AVEZ REÇU DES AIDES POUR CE PROJET OU CET ÉQUIPEMENT, MERCI DE PRÉCISER

Organisme	Montant	Durée	Date de début


SI D'AUTRES DEMANDES ONT ÉTÉ FAITES POUR CE PROJET OU CET ÉQUIPEMENT

Organisme	Montant	Durée	Date prévue résultat

MODALITÉS DE RÈGLEMENT ➔ **FURNIR LES 2 MODES DE PAIEMENT**

Par chèque bancaire ou postal **au nom de** : .....  
**Adresse précise d'envoi du chèque** : .....

Par virement bancaire au bénéfice de : .....  
➔ **Joindre le RIB au format pdf à part du dossier complet**

 **Si projet multicentrique**, fournir le libellé de chèque et le RIB pour **chaque équipe** participant au projet.

### Signature du Demandeur\*

Le demandeur s'engage à respecter les modalités particulières et générales d'attributions ci-annexées

**Nom** : .....

**Date** : .....

### Signature du Directeur ou du Chef de Service\*

**Nom** : .....

**Date** : .....

S'il s'agit d'un équipement hospitalier avec objectif de recherche

### Signature du Directeur d'établissement\*

**Nom** : .....

**Date** : .....

### Cachet de l'Etablissement\* :

**\* SIGNATURES obligatoires pour validation de l'expertise**



## **Rapport scientifique du projet précédent financé par la Ligue**

*(4 pages maximum, Time 12, Interligne simple)*

**Année de l'appel d'offre du projet financé :** ..... **Montant obtenu :** .....

**Porteur du projet :** Titre : ..... Nom : ..... Prénom : .....

**Laboratoire :** .....

**Intitulé du projet :** .....

.....

**Soutien(s) du(es) comité(s) départemental(aux) N°(s) :** ... ..

### **Plan à respecter :**

1. RESUME
2. SITUATION DU PROJET
3. RESULTATS DES TRAVAUX
4. APPORT DES RESULTATS DANS LE CONTEXTE
5. PUBLICATIONS et/ou PRESENTATIONS REALISEES

## Conseil Scientifique Poitou-Charentes (CSPC)

### APPEL D'OFFRE RECHERCHE - LIGUE CONTRE LE CANCER REGLEMENT INTERIEUR



Les dossiers de candidature doivent être adressés au  
Président du COMITE DEPARTEMENTAL  
de la Ligue contre le Cancer dont fait partie le demandeur

<b>16</b>	<b>17</b>	<b>79</b>	<b>86</b>
<b>CHARENTE</b>	<b>CHARENTE MARTIME</b>	<b>DEUX-SEVRES</b>	<b>VIENNE</b>
<b>Tél : 05 45 92 20 75</b>	<b>Tél : 05 46 50 57 95</b>	<b>Tél : 05 49 06 96 60</b>	<b>Tél 05 49 47 10 15</b>
<b><a href="mailto:cd16@ligue-cancer.net">cd16@ligue-cancer.net</a></b>	<b><a href="mailto:cd17@ligue-cancer.net">cd17@ligue-cancer.net</a></b>	<b><a href="mailto:cd79@ligue-cancer.net">cd79@ligue-cancer.net</a></b>	<b><a href="mailto:cd86@ligue-cancer.net">cd86@ligue-cancer.net</a></b>

**Les comités départementaux du Poitou-Charentes :  
Charente, Charente-Maritime, Deux-Sèvres et Vienne  
attribuent des fonds d'aide à la recherche sur le cancer.**

Contact secrétariat CSPC

Stéphane RIQUET

Comité de la Vienne de la Ligue contre le cancer

Tél : 05 49 47 10 15

Mail : [stephane.riquet@ligue-cancer.net](mailto:stephane.riquet@ligue-cancer.net)

# APPEL D'OFFRE RECHERCHE - LIGUE CONTRE LE CANCER POITOU-CHARENTES REGLEMENT INTERIEUR

## Dispositions générales

➤ Les recherches financées par la Ligue contre le Cancer s'effectuent dans le cadre géographique du Poitou-Charentes.

➤ L'objet de la recherche doit avoir **un lien direct, exclusif ou prédominant avec le cancer**.  
Les domaines privilégiés seront : la **recherche Fondamentale**, la **recherche Clinique** (hors essais cliniques), la **recherche en Économie de la Santé**, la **recherche Épidémiologique** et la **recherche en Sciences Humaines et Sociales**.

➤ Les crédits octroyés pour les projets de recherche pourront concerner des **petits équipements et matériels**, des **consommables** ou des **dépenses de fonctionnement** nécessaires au projet de recherche présenté.

Ne seront pas pris en charge les frais de : réception, aménagement, mobilier.

Les crédits pourront, cependant, participer aux financements de **vacations** (type Attachés de Recherche Clinique) ou de **gratifications** pour Master 2 ou pour les stagiaires de plus de 3 mois (voir avec leur organisme gestionnaire) sous condition que ces personnes ne soient pas salariées à temps plein par ailleurs (fournir une attestation sur l'honneur).

**NB.** Les crédits octroyés de cet appel d'offres ne concernent pas les Allocations de Recherche (doctorales<sup>1</sup>, post-doctorales).

➤ Les demandes devront obligatoirement être présentées sur le formulaire prévu.  
Celui-ci est disponible au siège de chaque Comité Départemental de la Ligue.

➤ Le versement des subventions accordées s'effectue par chèque ou par virement selon les Comités au profit du **compte institutionnel** indiqué par le demandeur, les comptes d'Association étant exclus.  
**Joindre le RIB** de l'établissement gestionnaire du porteur du projet (voir document de l'appel d'offre subvention recherche) **et** indiquer **l'ordre auquel le chèque doit être rempli**.

➤ Une équipe comprenant **au moins un statutaire, impliqué à plus de 50% de son temps de recherche** sur le projet, peut déposer une demande.

Le porteur de projet doit être un statutaire et non un doctorant.

Les demandes multicentriques sont encouragées pour le rapprochement des équipes.

**Le coordonnateur d'une demande multicentrique doit également s'impliquer à plus de 50% de son temps de recherche sur le projet.**

<sup>1</sup> pour lesquelles les étudiants peuvent répondre à l'appel d'offre de la Ligue Nationale contre le Cancer mis en ligne sur le site [www.ligue-cancer.net](http://www.ligue-cancer.net).

---

➤ **Une équipe labellisée et tous ses membres** travaillant sur un sujet de recherche ne peuvent en aucun cas demander une aide financière aux Comités du Poitou-Charentes sur le même sujet de recherche.

---

➤ Les travaux financés par la Ligue contre le Cancer du Poitou-Charentes devront être signifiés dans **les publications, compte-rendu officiels ou présentations**.

Les comités seront vigilants à l'annonce du soutien de la Ligue contre le Cancer.

- **Si soutien d'un seul comité** : « *Ce projet a été soutenu par la Ligue contre le Cancer du Poitou-Charentes, comité de ... (Citer le département)* »
- **Si soutien de plusieurs comités** : « *Ce projet a été soutenu par les comités départementaux de la Ligue contre le Cancer du Poitou-Charentes : Citer les départements par leur numérotation.* »

## Subventions de fonctionnement de laboratoire

---

➤ Elles correspondent à des projets de recherche. Une **description prévisionnelle** des dépenses en consommables et des frais de fonctionnement devra être fournie.

Il ne sera pas attribué de dotation forfaitaire.

---

➤ **Les subventions de recherche sont attribuées pour une période de 12 mois** à compter de la notification. Tout prolongement de ce délai doit pouvoir être justifié auprès du Comité Départemental financeur.

---

➤ Le versement d'une subvention peut s'effectuer sous forme d'un acompte du montant accordé. Le versement du solde intervient par tranches ou en totalité.

## Subventions d'équipement et matériels de laboratoire

➤ Si l'aide financière de la Ligue pour ces équipements est prévue pour être utilisée dans un cadre strictement hospitalier, **l'avis favorable du Directeur (Général)** de l'Établissement devra figurer au dossier. Les demandeurs devront toutefois justifier de l'utilisation de ces équipements dans le cadre d'une **recherche en cancérologie**.

➤ Un **descriptif et des devis précis** en cours de validité devront être fournis.

➤ **Le versement peut être effectué directement par le comité départemental :**

- Soit à l'établissement sur présentation de la facture libellée à l'ordre de l'établissement bénéficiaire et certifiée conforme et acquittée par le service financier ou comptable.
- Soit au fournisseur sur présentation de la facture libellée à l'ordre de l'établissement bénéficiaire (une copie du bon de commande doit être adressée au préalable).

## Rapport d'activités et bilan financier

Au bout d'un an avec toutes les publications liées aux travaux.

Fournir au format pdf un rapport d'activités et financier, faisant état des factures des frais de fonctionnement mentionnées sur la demande et certifiées acquittées, auprès de votre comité départemental et du secrétariat du Conseil Scientifique Poitou-Charentes au bout d'un an (demande de renouvellement de financement ou non).

**Tous les textes de rédaction des dossiers de demande, et, de présentation des rapports intermédiaires sur l'avancée des travaux doivent être rédigés en français.**

➤ Les laboratoires et services cliniques ayant bénéficié de crédits de recherche dans les années antérieures ne pourront faire une demande que s'ils ont répondu à cette clause.

**FICHE D'EVALUATION****Montant demandé :** ..... **Appartenance comité départemental N° :** .....**Intitulé du projet :** .....**Porteur du projet :** Titre : ..... Nom : ..... Prénom : .....**Laboratoire :** .....**Adresse :** .....**Tel :** ..... **Mail :** .....**Projet multicentrique :**  oui  non **Si oui, nombre d'équipes impliquées:**

Notation de 1 à 5 – « 5 » étant à la meilleure note	5	4	3	2	1
Présentation générale et qualité de la présentation					
Pertinence cancérologique					
Caractère innovant					
Faisabilité					
Méthodologie					
Présentation du protocole scientifique					
Implication des membres de l'équipe dans le projet : cohérence et respect du pourcentage					
Evaluation financière en rapport avec le nombre ETP					
Pertinence des publications en rapport avec le projet					

**COMMENTAIRES**Développer suffisamment pour transmission de manière anonyme au demandeur**Évaluation globale de l'expert :**  Expert CSPC  Expert externe CSPC

- A (A financer en priorité)  
 A' (Peut-être financé / non prioritaire)  
 B (Ne pas financer)  
 HC (Hors cadre)

**« FICHE-RESUME » (2 pages maximum)**

**Montant demandé :** ..... **Appartenance comité départemental N° :** .....

**Intitulé du projet :** .....

**Porteur du projet :** Titre : ..... Nom : ..... Prénom : .....

**Laboratoire :** .....

**Adresse :** .....

**Tel :** ..... **Mail :** .....

**Projet multicentrique :**  oui  non **Si oui, nombre d'équipes impliquées:**

**Résumé du projet :** (Time 10-simple interligne)

**5 principales publications du demandeur sur le projet présenté sur les 5 dernières années :**

**Résumé du projet précédemment soutenu par la ligue:** (Time 10-simple interligne)

**Principales publications acceptées sur ce projet :**