Fonds de Dotation
PATRICK DE BROU DE LAURIERE

AIDE À LA RECHERCHE MÉDICALE ET À L'ART-THÉRAPIE

# Dossier pour une demande de financement pour un protocole de recherche médicale

**Titre du projet :**

……

**Nom du demandeur :**

……

# ENGAGEMENTS DU BENEFICIAIRE

Le Fonds de dotation Patrick de Brou de Laurière rappelle que chaque bénéficiaire prend les engagements suivants :

**Après le premier versement du financement, à chaque fin d'année écoulée** :

Le bénéficiaire s'engage à renvoyer les documents suivants afin de justifier de l'emploi des sommes :

- Un tableau emplois-ressources (document à remplir en fin d'année fourni par le Fonds de dotation)
- Eventuellement, sur demande expresse du Fonds, le détail de certains postes de dépenses (document fourni par le bénéficiaire)
- Un bilan scientifique correspondant au projet cité dans la demande de financement (document à remplir en fin d'année fourni par le Fonds de dotation)
- L'attestation fournie par le Fonds de dotation

**A la fin de l'année au cours de laquelle a été effectué le dernier versement du financement** :

Le bénéficiaire s'engage à renvoyer les documents suivants afin de justifier de l'emploi des sommes :

- Un tableau récapitulatif d'emplois des ressources pour l'ensemble de la période pluriannuelle (document à remplir en fin d'année fourni par le Fonds de dotation)
- Eventuellement, sur demande expresse du Fonds, le détail de certains postes de dépenses (document fourni par le bénéficiaire)
- Un bilan scientifique récapitulatif de l'ensemble de l'étude (document à remplir à la fin de la période pluriannuelle fourni par le Fonds de dotation)
- L'attestation fournie par le Fonds de dotation

# Titre de la Recherche

# Données Administratives

Promoteur :

**Nom :**
**Forme juridique :**
**Date, Numéro et lieu de la déclaration d'immatriculation : (joindre les statuts de l'organisme) :**
**Numéro SIRET :**
**Adresse :**
**Numéro de téléphone fixe et portable :**
**Adresse électronique :**

**Représenté par Monsieur/Madame…….**
**En qualité de ……**

Investigateur principal :

Co-investigateurs :

Unité (ou département) de sécurité et de vigilance de la recherche clinique :
**Nom :**
**Forme juridique :**
**Date, Numéro et lieu de la déclaration d'immatriculation : (joindre les statuts de l'organisme) :**
**Numéro SIRET :**
**Adresse :**
**Numéro de téléphone fixe et portable :**
**Adresse électronique :**

**Représenté par Monsieur/Madame…….**
**En qualité de ……**

# PIECES A JOINDRE

- Déclaration de création à la Préfecture du promoteur et de l'unité
- Statuts du promoteur et de l'unité
- Indication des liens éventuels du promoteur ou de l'unité avec d'autres structures juridiques : qualité de membre d'association, représentants communs (président ou membre de conseils d'administration), associé de sociétés commerciales, etc…
- Attestation de non-lucrativité
- Budget prévisionnel

*Apposer le cachet de l'organisme*

# ATTESTATION

JE SOUSSIGNE (Nom - Prénom) ……

Agissant en qualité de ..……..

De (Nom, forme et adresse du bénéficiaire) ……..

Lequel sollicite, suivant la demande de financement de ce jour, la participation financière du FONDS DE DOTATION PATRICK DE BROU DE LAURIERE,

ATTESTE ET CERTIFIE QUE :

La demande de financement est faite au profit d'un organisme :

- N'ayant pas d'activité lucrative,
- N'étant pas soumis à l'impôt sur les sociétés
- Et, en conséquence, répondant aux conditions exposées à l'article 206 I Bis du Code général des impôts.
- Respectant l'ensemble des conditions posées par les articles 200 et 238 bis du code général des impôts.

POUR FAIRE ET VALOIR CE QUE DE DROIT

Fait à…….

Le…….

*Signature*

# BUDGET PREVISIONNEL

| | |
|---|---|
| **Montant global du budget du projet** | |
| **Montant global du budget demandé au Fonds de dotation Patrick de Brou de Laurière** | |
| **Nombre d'année(s) demandée(s)** | |
| **Etalement des sommes/année** | Année N :<br>Année N+1 :<br>Année N+2 : |
| **Co-financement(s)** | |

INDICATION DES CO-FINANCEMENTS

*Pour chaque co-financeur du projet*

**Nom :**
**Forme juridique :**
**Date, Numéro et lieu de la déclaration d'immatriculation : (joindre les statuts de l'organisme) :**
**Adresse :**
**Numéro de téléphone fixe et portable :**
**Adresse électronique :**
**Montant financé (en euros) :**

# PROTOCOLE DE LA RECHERCHE

1. **RESUME DE LA RECHERCHE (voir tableau page 7)**
2. **JUSTIFICATION SCIENTIFIQUE ET DESCRIPTION GENERALE**
3. **OBJECTIFS DE LA RECHERCHE**
4. **CONCEPTION DE LA RECHERCHE**
5. **CRITERES D'ELIGIBILITE**
6. **DEROULEMENT DE LA RECHERCHE**
7. **GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES ET DES FAITS NOUVEAUX**
8. **ASPECTS STATISTIQUES**
9. **SURVEILLANCE DE LA RECHERCHE**
10. **DROIT D'ACCES AUX DONNEES ET AUX DOCUMENTS SOURCE**
11. **CONTROLE ASSURANCE QUALITE**
12. **CONSIDERATIONS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES**
13. **CONSERVATION DES DOCUMENTS ET DES DONNEES RELATIVES A LA RECHERCHE**
14. **RAPPORT FINAL ET DONNEES STATISTIQUES**
15. **REGLES RELATIVES A LA PUBLICATION**
16. **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**
17. **RESUME DE LA RECHERCHE CLINIQUE DESTINE AU GRAND PUBLIC**

# RESUME DE LA RECHERCHE

| | |
|---|---|
| **PROMOTEUR** | |
| **INVESTIGATEUR PRINCIPAL** | |
| **CO-INVESTIGATEURS** | |
| **ACRONYME ET TITRE** | |
| **TITRE SIMPLIFIE** | |
| **JUSTIFICATION / CONTEXTE** | |
| **OBJECTIFS** | |
| **SCHEMA DE LA RECHERCHE** | |
| **CRITERES D'INCLUSION** | |
| **CRITERES DE NON INCLUSION** | |
| **TRAITEMENTS/STRATEGIES/ PROCEDURES DE LA RECHERCHE** | |
| **CRITERES DE JUGEMENT** | |
| **TAILLE D'ETUDE** | |
| **DUREE DE LA RECHERCHE** | |
| **ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES** | |
| **RETOMBEES ATTENDUES** | |

# PAGE DE SIGNATURE DU PROTOCOLE

**Titre :**

## Code promoteur :

**Promoteur**

Unité ou département :

Rue :

Ville :

A , le *:*

Signature du représentant identifié ci-dessus :

**Investigateur principal**

Nom *:*

Service ou département :

Rue :

Ville:

Tel :

Courriel :

A le *:*

Signature

**PRINCIPAUX CORRESPONDANTS**

| | |
|---|---|
| **Investigateur principal** | **Promoteur** |
| | **- Responsable de la recherche au niveau du promoteur** |
| ***Attaché(e) de Recherche Clinique coordonnateur*** | |
| **Laboratoires d'analyses** | **Unité de sécurité et de vigilance de la recherche clinique** |
| **Autres spécialités** | **Centre de Méthodologie et de Gestion des données**<br>*Nom et coordonnées du Centre de Méthodologie et de Gestion des données*<br><br>Nom et coordonnées du méthodologiste, du(de la) statisticien(ne), de l'analyste programmeur, du data manager |