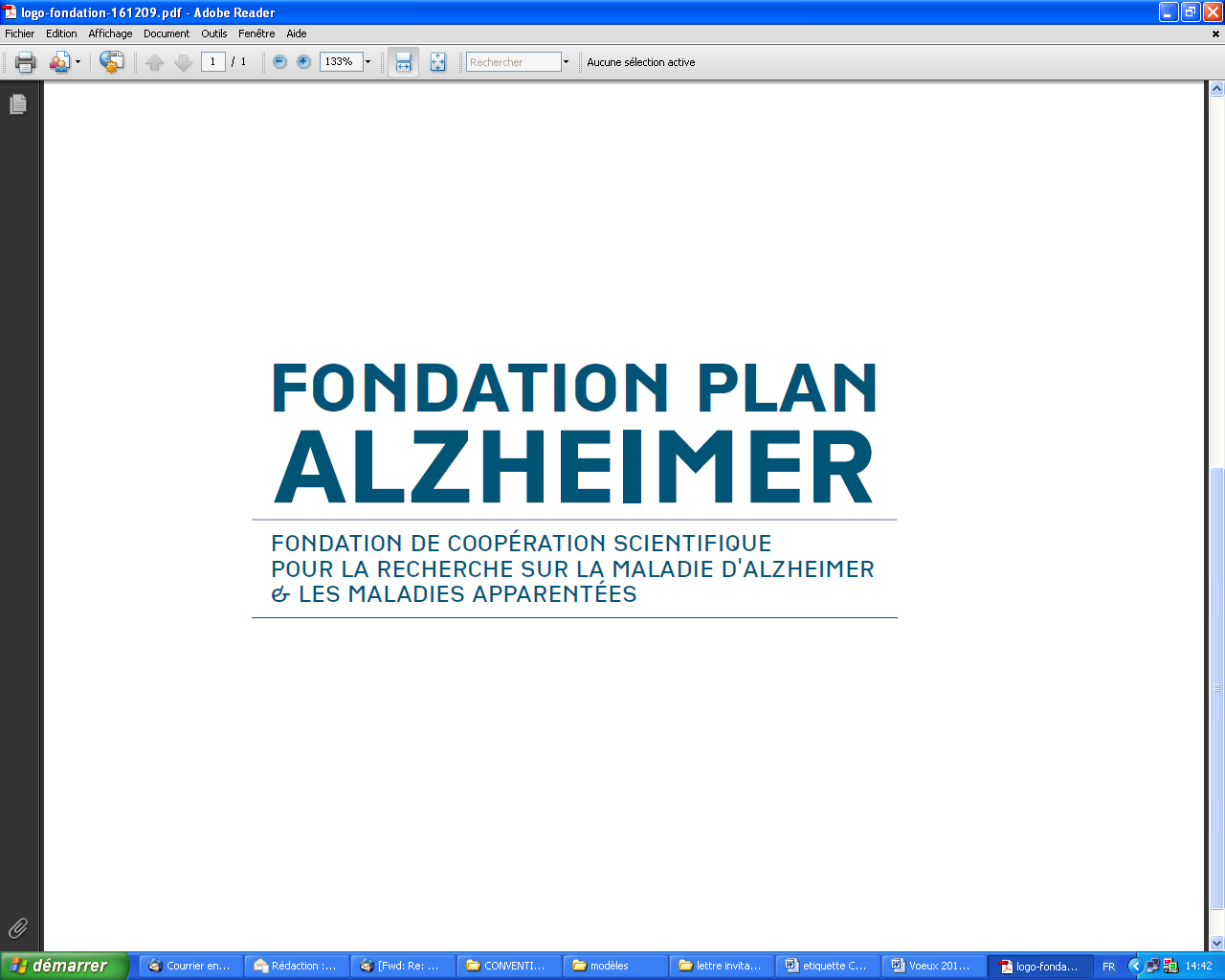
****

**Appel à projets 2015 : Preuve de concept et projet translationnel**

***Call 2015 : Proof of concept and translational project grants***

Les lettres d’intention rédigées **en anglais** devront être envoyées

au plus tard **le 24 juin 2015 à minuit** (délai de rigueur)

**Par email** à : [**sylvie.ledoux@inserm.fr**](mailto:sylvie.ledoux@inserm.fr)

Le dossier doit être rédigé en **Arial 10, intervalle 1,15**.

Chaque section doit faire l’objet d’un saut de page.

Le fichier doit être intitulé : **FPA\_AAP2015\_nom de l’investigateur principal**, et doit être envoyé **en version word et en version pdf.**

**Fondation Plan Alzheimer**

**8 rue de la croix Jarry**

**75013 Paris**

**Tél : 01 82 53 33 66**

**Section 1. Identification du projet**

*/ Identification of the project*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Acronyme /** *Acronym* |  | | |
| **Titre du projet /**  *Project title* |  | | |
| **Axes thématiques /** *Thematic axes* |  | | |
| **Domaines de recherche /** *Areas of work* | - **principal** /*main :*  - **secondaire** /*secondary* | | |
| **Investigateur principal /** *Main applicant* | **Nom** / *Last name*:  **Prénom** / *First name* :  **Laboratoire / Unité / Département** / *Laboratory / Unit / Department* | | |
| **Mots-clé /** *Keywords* **(4 maxi)** | -  -  -  - | | |
| **Budget demandé /** *Budget requested* | € | **Durée (mois) /** *Duration (months)*  *Maximum 24 months* |  |

**Section 2. Project scientifique /** *Scientific Project*

**Présentation du projet (maximum deux pages et demi)**

Le texte du projet ne doit pas excéder deux pages et demi, bibliographie comprise. Il doit être composé impérativement des sections suivantes

1. Scientific background and rational
2. Description of the project methodology
3. Innovative aspects
4. Expected results
5. Bibliography

**SECTION 3. Description administrative /** *Administrative description*

**Equipe de l’investigateur principal /** *team of the principal investigator*

**Investigateur principal /** *Principal Investigator*

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM** / *LAST NAME* |  |
| **Prénom** / *First Name* |  |
| **Date de naissance** / *Date of Birth* |  |
| **Grade / Statut** **\*/** *Current status* |  |
| **Téléphone** / *Phone Number* | **00 33 (0)…….** |
| **Téléphone** / *Phone Number* | **00 33 (0)6………** |
| **Courriel** / *Email* |  |

***\*****(ex : CR, DR, MCU, MCU-PH, PU, PU-PH, PH, PA, Post-doc, doctorant, Technicien, Ingénieur…)*

**Département, Laboratoire … /** *Department, Laboratory*

|  |  |
| --- | --- |
| **Intitulé du laboratoire** / *Name of the Laboratory* |  |
| **Identification du laboratoire** / *Identification of the Laboratory*  Ex/Ie : UMR 9999 |  |
| **Intitulé de l’équipe (si pertinent)** / *Name of the team (when applicable)* |  |
| **Adresse** / *Address* |  |
| **Code postal** / *Zip Code* |  |
| **Ville** / *City* |  |
| **NOM, prénom du directeur du laboratoire** */ LAST NAME, First Name of the Laboratory Director* |  |
| **Organisme public gestionnaire**  **(Université, EPST…)**  **Nom, Prénom, adresse exacte, numero de téléphone et email de la personne qui sera en charge du dossier si retenu** |  |