**Demande de financement**

**Equipe de recherche EA 7505 – Education – Ethique – Santé**

Nom et prénom du membre de l’équipe :

Statut (membre permanent, Doctorant) :

**Evènement envisagé**

* Nom de l’événement :
* Organisateurs:
* Dates de l’évènement :
* Lieu :

**Coûts prévisionnels**

* Déplacement :
* Hébergement :
* Inscription :

Total demandé :

**Intérêt pour l’équipe ou le membre de l’équipe**

**Décision du COPIL et du CER**

🞏 Financement accepté à hauteur de………………………………….

🞏 Financement refusé.

Raisons du refus : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………