

Espaces réservés à l'organisme

Numéro de demande  
2018-RS

DATE LIMITE :  
20 mai 2016

### 1. IDENTIFICATION DU REGROUPEMENT STRATÉGIQUE

_____	_____	Mme <input type="radio"/>	M. <input type="radio"/>
Nom du responsable	Prénom(s) du responsable		
Établissement du responsable:	_____		
Département :	_____		
Établissement gestionnaire :	_____		

### 2. NOM DU REGROUPEMENT

\_\_\_\_\_

POUR INFORMATION  
SEULEMENT

### 3. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EN AUTORITÉ QUI REMPLIT CETTE LETTRE AU NOM DE L'ÉTABLISSEMENT PRINCIPAL DE RATTACHEMENT

_____	_____	Mme <input type="radio"/>	M. <input type="radio"/>
Nom	Prénom(s)		
Titre	_____		
Département	_____		
Établissement	_____		
Adresse	_____		
	_____		
Ville	_____		
Province/État	_____		
Pays	Code postal	_____	
Téléphone	Courriel	_____	

**4. PLACE DU REGROUPEMENT DANS LE PLAN DE DÉVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE DE L'ÉTABLISSEMENT GESTIONNAIRE (maximum 1 page)**

POUR INFORMATION  
SEULEMENT

**Personne en autorité confirmant que l'établissement principal appuie le regroupement**

Titre :

Nom :

Prénom :

**Signature**

Je certifie que la personne en autorité de \_\_\_\_\_ (*libellé de l'établissement*), ci-haut mentionnée m'autorise à signer la lettre d'appui pour le regroupement stratégique « \_\_\_\_\_ (*nom du regroupement*) ».

J'ACCEPTÉ OUI  NON

POUR INFORMATION  
SEULEMENT