**École d’été sur la restauration de la vision /**

***Vision Restoration Summer School***

**Réseau de recherche en santé de la vision**

***Vision Health Research Network***

**8 au 11 juillet 2024 / *July 8th to 11th 2024***

Le Baluchon –Éco-villégiature

3550 Chemin des Trembles

Saint-Paulin QC J0K 3G0

**Dates limites / Deadlines**

**15 mars 2024 / *March 15st 2024***

**Inscription en ligne / *Online registration***

***Les places étant très limitées, une sélection sera effectuée par le comité organisateur.***

***Les participants sélectionnés seront connus en avril.***

***Places are very limited, a selection will be made by the organizing committee.
The selected participants will be announced in April.***

**Formulaire d’inscription / *Registration form***

# ETAPE 1. INSCRIPTION */ STEP 1. REGISTRATION*

# FRAIS D’Inscription / *REGISTRATION FEE*

# *NB : en cas d’acceptATion, VOUS SEREZ INVITÉ A EFFECTUER le paiement PAR CARTE DE CRÉDIT*

# *NB : IN CASE OF ACCEPTANCE, YOU WILL BE INVITED TO MAKE THE PAYMENT BY CREDIT CARD*

#

Cochez selon votre catégorie / *Check according to your category*

[ ]  **250.00 $ / *$ 250.00***

 Étudiants (2e et 3e cycles), stagiaires post-doctoraux, résidents fellows en médecine / *Graduate students, post-doctoral fellows, medical residents~~,~~ fellows*

[ ]  **Gratuit / Free**

Conférencier invités, invités spéciaux, commanditaires, autres / *Keynote speakers, special guests, sponsors, other*

\***Prénom / *First name***: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*Nom / *Last name*:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\***Courriel / *Email*:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Téléphone / *Phone number :*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

\***Catégorie / *Category***

[ ]  Étudiant à la maîtrise / *Master’s student*

[ ]  Étudiant au doctorat / *PhD student*

[ ]  Stagiaire post-doctoral / *Post-doctoral fellow*

[ ]  Étudiant médecine / *Medical student*

[ ]  Résident en médecine / *Medical resident*

[ ]  Fellow en médecine / *Medical fellow*

*Seulement pour les inscriptions gratuites / Only for free registration*

[ ]  Clinicien / C*linician*

[ ]  Chercheur / *Researcher*

[ ]  Chercheur-clinicien / *Researcher-clinician*

[ ]  Professeur(e) */ Professor*

[ ]  Autre / *Other : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**\*Année de début du diplôme / *Starting year of the degree***

Écrire N/A, si non applicable/ *Write N/A if non-applicable*

**\*Appartenance / Affiliation**

[ ]  École de technologie supérieure (ÉTS)

[ ]  École d’optométrie

[ ]  Institut national de la recherche scientifique (INRS)

[ ]  Polytechnique

[ ]  Université Bishop's / *Bishop’s University*

[ ]  Université Concordia / *Concordia University*

[ ]  Université de Montréal

[ ]  Université de Sherbrooke

[ ]  Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)

[ ]  Université du Québec à Montréal (UQAM)

[ ]  Université du Québec à Rimouski (UQAR)

[ ]  Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)

[ ]  Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)

[ ]  Université du Québec en Outaouais (UQO)

[ ]  Université Laval

[ ]  Université McGill / *McGill University*

[ ]  Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\* « Nom, Prénom » du chercheur responsable du laboratoire (écrire N/A si non applicable)/**

***“Last name, First Name” of the lab supervisor (write N/A if non-applicable):***

**\*Axe du laboratoire / *Laboratory’s research area***

[ ]  Rétine et segment postérieur / *Retina and Posterior Segment*

[ ]  Cornée et segment antérieur / *Cornea and Anterior Segment*

[ ]  Cerveau et perception / *Brain and Perception*

[x]  Déficience visuelle et réadaptation / *Visual impairment and rehabilitation*

[ ]  N/A

**\*Type de recherche / *Type of research***

 [ ]  Clinique / *Clinical*

 [ ]  Fondamentale / *Basic*

[ ]  Épidémiologie - Santé publique/ *Epidemiology - Public health*

 [ ]  Autre / Other : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\* Ce projet pourrait-il avoir un impact sur la compréhension et/ou le traitement de la DMLA** ? ***/ Could this project have an impact on the understanding and / or treatment of AMD?***

 [ ]  Oui / *Yes*

 [ ]  Non / *No*

**\*J’ai des allergies/intolérances alimentaires / *I have food allergies / intolerances***

[ ]  Non / *No*

[ ]  Oui / Yes *allergies \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**\*J’autorise le RRSV à utiliser les photos prises durant l’École d’été sur lesquelles j’apparaitrai pour le site web, le programme ou le matériel de promotion / *I authorize the VHRN to use pictures taken during the summer school on which I appear for the website, program or promotional material.***

[ ]  Oui / *Yes*

[ ]  Non / *No*

**\*Dans l’optique où des patients partenaires participeraient à l'École d'été, seriez-vous intéressé à participer en tant que guide ? Des guides étudiants accompagneront les patients pendant une journée pour assurer leur accès aux différents bâtiments du site et fourniront une assistance, si nécessaire / *In the event that there are patient partners attending the Summer School, would you be interested in participating as a guide? Student guides will accompany patients for a day to ensure their access to different buildings in the venue and will provide assistance, if needed***

[ ]  Oui / *Yes*

[ ]  Non / *No*

\*Champs obligatoires / *Required fields*

# ETAPE 2. MOTIVATION ET SOUMISSION DU RÉSUMÉ POUR UNE PRÉSENTATION

# *STEP 2. MOTIVATION AND ABSTRACT SUBMISSION*

**\* DÉCLARATION de motivation / *MOTIVATION STATEMENT***

Décrire en **maximum** **100 mots** les raisons qui vous motivent à participer à cette école d’été*.* ***/*** *Describe in a* ***maximum of 100 words*** *the reasons that motivate you to participate in this summer school.*

**\*résumé / *ABSTRACT***

*Tous les étudiants participants devront obligatoirement présenter une affiche. Parmi les résumés,* ***seulement******10*** *seront sélectionnés par le comité organisateur pour être présentées oralement* / *All participating students must present a poster. Among the submitted abstracts,* ***10*** *will be selected by the organizing committee for an oral presentation.*

**Instructions**

* **Le résumé** (But, Méthode, Résultats, Conclusion(s)) doit contenir un **maximum** **450 mots** / ***The abstract*** *(Goal, Methods, Results, Conclusion(s)) must include* ***maximum 450 words.***
* Soumis dans la langue de votre choix (Francais ou Anglais) / *Submitted in the language of your choice (French or English)*
* Auteur (Prénom et Nom) / *Authors (First and Last Name)*
	+ ex : Jean Tremblay

**\*Titre / *Title***

**\*Auteurs (Prénoms et noms) et affiliation / *Authors (*f*irst and last names) and affiliation***

\***But / *Goal***

**\*Méthode / *Methodology***

**\*Résultats / *Results***

**\*Conclusion(s)**