# *[Insérer votre titre de projet ici]*

# *Demande de consultation*

***Vous devez remplir ce formulaire et l’envoyer à la Responsable, expérience vécue par courriel à l’adresse :*** *citizen.engagement@child-bright.ca**.*

*Remplir toutes les sections ci-dessous. Ne pas modifier ni enlever de sections. Les instructions dans les cases grises doivent être effacées au fur et à mesure que vous répondez aux questions.*

|  |
| --- |
| *1a. Coordonnées du demandeur principalPrincipale personne-ressource pour le projet (ne doit pas nécessairement être le chercheur principal)*  |
|  |  |  |  |  |
| *Entrer le nom complet de la personne* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| *1b. Courriel*  |  | *1c. Téléphone*  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| *Entrer l’adresse courriel* |  | *Entrer le numéro de téléphone* |  |  |
|  |  |  |  |  |
| *1d. Adresse* |  |  |  |  |
| *Entrer l’adresse postale* |  | *Entrer la ville* |  | *Entrer la province* |
|  |  |
| *Entrer le code postal* |

|  |
| --- |
| Décrivez votre projet de recherche ou d’étude en **une page ou moins**. La description ci-dessous doit inclure vos questions de recherche, le groupe d’âge des participants à l’étude et la raison pour laquelle votre étude est importante pour les enfants et les jeunes ayant des troubles du développement d’origine cérébrale ou leurs familles. Votre résumé doit être clair et adapté à un niveau de connaissances général.  |

|  |
| --- |
| Dressez la liste des **questions précises** à poser au Service de consultation sur les expériences vécues du Réseau BRILLEnfant. Vos questions doivent être claires et adaptées à un niveau de connaissances général.  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Section 4 - DEMANDE DE CONSULTATION* | *[Insérer le titre du projet]* |
|  |  |

|  |
| --- |
| Les membres du Service de consultation sur les expériences vécues du Réseau BRILLEnfant offrent des consultations d’une durée de jusqu’à une (1) heure chacune. En considérant cette durée, de **combien de consultations** estimez-vous avoir besoin avec les membres? Vous pouvez demander à consulter les membres du conseil plus d’une fois, au besoin. |

|  |  |
| --- | --- |
| *Section 5 -- RENSEIGNEMENTS SUR LE PROJET* | *[Insérer le titre du projet]* |
|  |  |

**5a.** Aimeriez-vous parler à un jeune ayant un vécu particulier avec des troubles du développement d’origine cérébrale? Oui Non

 Dans l’affirmative, veuillez préciser et nous ferons de notre mieux pour répondre à cette demande, si cela est possible.

|  |
| --- |
|  |

***5b.*** *Quelle méthode de consultation préférez-vous? :*

1. *Rencontre de groupe avec tous les membres du Service de consultation sur les expériences vécues du Réseau BRILLEnfant;*

*ou*

1. *Rencontre individuelle avec un ou deux membres du Service de consultation sur les expériences vécues du Réseau BRILLEnfant. Veuillez préciser :*

|  |
| --- |
|  |

***5c.*** *D’ici quelle date la consultation doit-elle avoir lieu?*

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| *Veuillez indiquer ici toute* ***information supplémentaire****, spécification supplémentaire ou exigence que vous aimeriez communiquer au Service de consultation sur les expériences vécues du Réseau BRILLEnfant afin que les membres puissent les étudier.*  |