

FORMULAIRE DE CANDIDATURE

Prix Julie Le Galliard

✧ 2024 ✧

Ouvert aux patients DIP pour financer un projet
sportif, culturel ou artistique.



Ce prix a été créé à l'initiative de l'Association IRIS en mémoire de **Julie Le Galliard**. Cette jeune femme sportive, engagée et combative, était la preuve que l'on peut être atteint d'un DIP et aller au bout de ses rêves. Le but de ce prix est donc de permettre aux patients de financer leur projet ou de cultiver leur talent, que ce soit dans le domaine **sportif, culturel ou artistique**, et de ne pas laisser la maladie restreindre leurs horizons.

La candidature est ouverte à tous les patients atteints d'un Déficit Immunitaire Primitif étant à jour de leur adhésion à l'Association IRIS. Le représentant légal d'un patient mineur (bénéficiaire) peut soumettre la candidature de ce dernier en tant que demandeur.

Le montant de la dotation est fixé à 500 € et servira à financer :

- l'inscription à un club, à des cours...
- la participation à une compétition, concours ou événement, ainsi que les frais qui peuvent y être liés.
- l'achat de matériel nécessaire à la pratique des activités ou mise en œuvre du projet.

Pour participer, le candidat doit remplir intégralement le formulaire ci-joint et le retourner à l'Association IRIS par mail ou courrier postal avant le 31 janvier 2023. Les dossiers incomplets ou reçus hors des délais ne seront pas examinés.

Le jury, composé de membres de l'Association IRIS et des parents de Julie Le Galliard, sélectionne le/la gagnant(e). Dans le cas où l'un des membres du jury serait en conflit d'intérêt dans l'étude des candidatures de par son lien envers l'un des participants, il s'engage à se retirer des délibérations.

Le projet proposé sera réalisé dans les 12 mois suivant l'attribution. Sur cette même période, le lauréat s'engage à faire un retour écrit accompagné de photos et/ou vidéos, sur l'utilisation qu'il aura faite du prix attribué. Il autorise également IRIS à utiliser son nom et son image sur l'ensemble des supports de communication, en vue de faire la promotion du prix Julie Le Galliard et de l'Association IRIS.

Patient bénéficiaire

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

☎

@

📍 Adresse :

CP : Ville :

Nom du DIP :

.....

Êtes-vous adhérent de l'Association
IRIS pour l'année en cours ?

oui

non

