

DEMANDE D'INFORMATION SUR LE PROGRAMME D'ÉTUDES



Ce formulaire doit être rempli par l'établissement d'enseignement postsecondaire pour les étudiants qui font :

- une demande pour une période d'études qui inclut une période de travail d'un programme coopératif;
- une demande pour l'intersession ou la session d'été dans une université;
- une demande pour des études au niveau de la maîtrise ou du doctorat;
- une demande pour des études dans un établissement d'enseignement postsecondaire privé situé à l'extérieur du Nouveau-Brunswick;
- une demande pour des études dans un établissement d'enseignement postsecondaire situé au Québec;
- une demande pour des études dans un établissement d'enseignement postsecondaire publique à l'extérieur du Canada.
- état d'incapacités permanentes.

A. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE L'ÉTUDIANT

Numéro d'assurance sociale	Prénom	Nom de famille

B. RENSEIGNEMENTS SUR LE PROGRAMME

Nom du programme _____ Niveau d'études _____

1=Certificat 4=Maîtrise
2=Diplôme 5=Doctorat
3=Baccalauréat

Année d'études ____ de ____ Programme coop 1=Oui 2=Non

Indiquez l'unité monétaire de vos frais de scolarité
 Dollars canadiens Dollars américains Autre _____
 (Veuillez préciser)

Est-ce un programme d'enseignement à distance ou par correspondance ? Oui Non

Établissements semestriels

	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année	% de la charge de cours à temps plein	Frais de scolarité*	Cotisation étudiante*	Livres et fournitures
Intersession/Session d'été	du	____	____	2 0	____	____	____ %	____ \$	____ \$	____ \$
Premier semestre (automne)	du	____	____	2 0	____	____	____ %	____ \$	____ \$	____ \$
Deuxième semestre (hiver)	du	____	____	2 0	____	____	____ %	____ \$	____ \$	____ \$
Période de travail coop	du	____	____	2 0	____	____		Frais de scolarité pour la période de travail coop		____ \$

* Ne comprend pas les frais de résidence ni les frais médicaux et dentaires.

Établissements non semestriels

	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année	% de la charge de cours à temps plein	Frais de scolarité	Cotisation étudiante	Livres et fournitures	
Période d'études	du	____	____	2 0	____	____	____ %	____ \$	____ \$	____ \$	
Nombre total de semaines _____	Indiquez toute interruption de la période d'études						du	____	____	____	____
							du	____	____	____	____

AUTRES RESSOURCES FINANCIÈRES

Indiquez si l'étudiant reçoit de l'aide financière sous d'autres formes pendant cette période d'études (p. ex. : bourse d'études, subvention, poste d'assistant, honoraires, bourse de recherche, parrainage, etc.). **INDIQUEZ LA SOURCE ET LE MONTANT.**

	Source	Montant
		\$

C. RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT POSTSECONDAIRE

Nom de l'établissement	Code de l'établissement
Adresse postale	Ville ou boîte postale
Province/État	Code postal
Numéro de téléphone () _____	Numéro de télécopieur () _____
Nom et titre du représentant de l'établissement d'enseignement (en lettres moulées)	Date
<i>Signature</i>	
Signature de la personne qui remplit le présent formulaire	Date
Courriel	

