

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

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	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	2 0	au	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Premier semestre (automne)	du	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	2 0	au	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Deuxième semestre (hiver)	du	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	2 0	au	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Période de travail coop	du	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	2 0	au	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	Frais de scolarité pour la période de travail coop		<input style="width: 50px;" type="text"/>

* 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	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	2 0	au	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Nombre total de semaines	Indiquez toute interruption de la période d'études						du	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
							du	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>

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
	<input style="width: 50px;" type="text"/>

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)	
Signature de la personne qui remplit le présent formulaire	Date
Courriel	

