

Conseil des syndicats hospitaliers du Nouveau-Brunswick

Bourses d'études

Révisée Février 2013

Bourse commémorative Ann Craig	Bourse commémorative Léo Cormier	Bourse commémorative Harley Harrison	Bourse de leadership Jean Thébeau
-----------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------------------

QUATRE (4) BOURSES DE 500\$ SERONT OCTROYÉES CHAQUE ANNÉE PAR LE CONSEIL DES SYNDICATS HOSPITALIERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK, SCFP 1252. SEULS LES MEMBRES, LEURS ENFANTS, LEUR CONJOINT, LEUR BEAU-FILS ET BELLE-FILLE OU TUTELLE SONT ADMISSIBLES. DE PLUS, LES CANDIDATS ET CANDIDATES DOIVENT ÊTRE INSCRITS À UN ÉTABLISSEMENT D'ÉTUDES SUPÉRIEURES OU COLLÈGE COMMUNAUTAIRE POUR ÊTRE ADMISSIBLES. *LA BOURSE DE LEADERSHIP JEAN THÉBEAU SERA OCTROYÉE À UN MEMBRE EN RÉGLE. LE CAS ÉCHÉANT, ELLE SERA REMISE AU CANDIDAT SUBSÉQUENT ADMISSIBLE PARMI TOUTES LES CANDIDATURES GÉNÉRALES.*

Le formulaire de demande de bourses doit être dûment complété et reçu par le Secrétaire-trésorier au **CSHNB, SCFP 1252 96 ave Norwood suite 302, Moncton NB E1C 6L9**, ou par le Comité d'éducation du Conseil des syndicats hospitaliers du Nouveau-Brunswick, SCFP 1252 au plus tard le 1^{er} septembre.

Le candidat ou la candidate retenu sera avisé par écrit aussitôt la décision prise par le Comité d'éducation du Conseil des syndicats hospitaliers du Nouveau-Brunswick, SCFP 1252.

REMARQUE ! TOUS LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS AU RECTO ET AU VERSO DE CE FORMULAIRE DOIVENT ÊTRE FOURNIS. UN FORMULAIRE INCOMPLET SERA SUJET À REJET.

Nom du candidat ou de la candidate _____

Adresse _____

Code postal _____

Numéro de téléphone _____

Date de naissance _____
MOIS / JOUR / ANNÉE

Statut du candidat ou
de la candidate

- (a) Membre (c) Fille (e) Beau-fils
(b) Fils (d) Conjoint ou conjointe (f) Belle-fille
(g) Tutelle

Section locale du membre lié au candidat ou à la candidate _____

Nom des parents ou tuteurs du candidat ou de la candidate _____

Adresse des parents ou tuteurs du candidat ou de la candidate _____

Code postal _____

CONTINUEZ EN PAGE 2

Nom de la dernière école ou institution scolaire que vous avez fréquentée _____

Dans quelle institution d'études supérieures étudiez-vous ou prévoyez-vous étudier ?

Quel est le total des frais de scolarité ? _____ \$

Combien vous attendez-vous à déboursier pour votre hébergement ? _____ \$

Veuillez indiquer le nom du programme auquel vous vous êtes inscrit : _____

Veuillez indiquer le nombre de mois ou d'années nécessaires pour compléter le programme : _____

Veuillez indiquer le nombre de mois ou années que vous avez complété : _____

Avez-vous reçu d'autres bourses d'études ? Oui [] Non []

Si oui, veuillez indiquer le nom de la bourse, l'année et le montant octroyé.

Veuillez inscrire toutes les activités auxquelles vous participez (sports, bénévolat, travail, activités parascolaires, etc.)

Date: ____/____/____
Mois Jour Année

Signature du candidat ou de la candidate _____

REMARQUE ! CETTE SECTION DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE PAR UN DIRIGEANT OU UNE DIRIGEANTE DE LA SECTION LOCALE DU MEMBRE LIÉ AU CANDIDAT OU À LA CANDIDATE.

Je, _____, dirigeant ou dirigeante de la Section locale ____ du SCFP déclare

solennellement que _____ est membre, parent, tuteur, tutelle ou conjoint

d'un membre en règle de la Section locale ____ du SCFP.

Date: ____/____/____
Mois Jour Année

LE CANDIDAT OU LA CANDIDATE CHOISI DOIT FOURNIR UNE PREUVE D'INSCRIPTION À UN ÉTABLISSEMENT D'ÉTUDES SUPÉRIEURES OU D'UN COLLÈGE AU SECRÉTAIRE-TRÉSORIER DU CONSEIL DES SYNDICATS HOSPITALIERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK, SCFP 1252 AVANT D'OBTENIR TOUT MONTANT.