



# Bourse en mémoire Confrère Doug Kingston



Nouveau 2017

UNE (1) BOURSE DE 500\$ SERA OCTROYÉE CHAQUE ANNÉE PAR LE CONSEIL DES SYNDICATS HOSPITALIERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK, SCFP 1252. SEULS LES MEMBRES, LEURS ENFANTS, LEURS CONJOINTS, 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 PARMİ 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<sup>er</sup> 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 SFCP déclare

solennellement que \_\_\_\_\_ est membre, parent, tuteur, tutelle ou conjoint

d'un membre en règle de la Section locale \_\_\_\_ du SFCP.

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, SFCP 1252 AVANT D'OBTENIR CETTE BOURSE.**