

Ce formulaire doit être rempli par la personne aux études qui entreprend ou poursuit des études à l'extérieur du Québec. Il sert à faire reconnaître un établissement d'enseignement ou un programme d'études aux fins d'attribution d'une aide financière.

## Section 1 – Identité et adresse de la personne aux études

|                      |                                                       |                                          |                                                             |
|----------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Nom                  |                                                       | Code permanent attribué par le Ministère |                                                             |
| Prénom               |                                                       |                                          |                                                             |
| Numéro               | Rue                                                   |                                          | Direction<br>(Nord, Sud, Est, Ouest)                        |
| Appartement          | Municipalité                                          |                                          |                                                             |
| Municipalité (suite) | Province                                              | Code postal                              | Numéro de téléphone (résidence)<br><small>Ind. rég.</small> |
| Pays                 | Autre numéro de téléphone<br><small>Ind. rég.</small> |                                          | Poste                                                       |
| Adresse électronique |                                                       |                                          |                                                             |

## Section 2 – Établissement d'enseignement

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                   |                                                                            |                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Nom de l'établissement d'enseignement                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                   | Code attribué à l'établissement d'enseignement par le ministère (si connu) |                                      |
| Numéro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Rue                                               |                                                                            | Direction<br>(Nord, Sud, Est, Ouest) |
| Municipalité                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                   |                                                                            |                                      |
| Municipalité (suite)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Province                                          | Code postal                                                                |                                      |
| Pays                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Numéro de téléphone<br><small>Ind. rég.</small>   |                                                                            | Poste                                |
| <b>Inscrivez ci-dessous le nom et les coordonnées de la personne responsable de l'aide financière pour l'établissement d'enseignement. Cette personne peut être, par exemple, registraire, employée de l'administration générale, responsable des relations internationales, agent comptable ou responsable du programme d'études.</b> |                                                   |                                                                            |                                      |
| Nom                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                   | Numéro de téléphone<br><small>Ind. rég.</small>                            |                                      |
| Prénom                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                   | Autre numéro de téléphone<br><small>Ind. rég.</small>                      |                                      |
| Numéro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Rue                                               |                                                                            | Direction<br>(Nord, Sud, Est, Ouest) |
| Bureau                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Municipalité                                      |                                                                            |                                      |
| Municipalité (suite)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Province                                          | Code postal                                                                |                                      |
| Pays                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Numéro de télécopieur<br><small>Ind. rég.</small> |                                                                            |                                      |
| Adresse électronique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                   |                                                                            |                                      |

## Section 3 – Programme d'études

Inscrivez le nom et le code de votre programme d'études et indiquez l'ordre d'enseignement correspondant.

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Nom du programme d'études |  |
|---------------------------|--|

- ☐ Collégial – formation technique
 ☐ Deuxième cycle universitaire – maîtrise sans rédaction
- ☐ Premier cycle universitaire – baccalauréat
 ☐ Troisième cycle universitaire – doctorat
- ☐ Deuxième cycle universitaire – maîtrise avec rédaction

Si vous suivez un programme d'études collégiales, inscrivez la durée de celui-ci en nombre de mois. .... Nombre de mois 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Si vous suivez un programme d'études universitaires, inscrivez le nombre total d'unités de celui-ci.

Par exemple, un baccalauréat peut correspondre à 90 ou 120 unités. .... Nombre d'unités 

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

**Indiquez les conditions d'admission à votre programme d'études.**

a) Diplôme exigé |

|                      |  |
|----------------------|--|
| b) Autres préalables |  |
|                      |  |

Inscrivez le nom du diplôme auquel mène votre programme d'études.

Note : Les programmes de pilotage d'aérioriefs, les programmes contingentés de médecine (y compris leur année préparatoire), de médecine naturelle (à l'exception des programmes d'acupuncture), de techniques policières, les établissements offrant uniquement des programmes à distance, les programmes offerts uniquement à temps partiel, les études libres, de même que les programmes à vocation religieuse ou d'une durée de moins de trois mois ne sont pas reconnus.

## Section 4 – Période d'études

**Vous devez indiquer dans cette section ce que vous prévoyez faire au cours de chaque période d'études pour l'année en cours et, s'il y a lieu, les deux prochaines années et inscrire le montant des droits exigés par votre établissement d'enseignement pour chaque année. Cochez uniquement les cases correspondant aux activités se rattachant aux périodes où vous serez considéré comme étant aux études à temps plein.**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Activités | Activités | Activités | Droits exigés pour l'année |   |   |   |   |  |  |   |  |  |   |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|----------------------------|---|---|---|---|--|--|---|--|--|---|--|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>Première année</b><br>Date de début <table border="1"><tr><td></td><td></td><td>A</td><td></td><td></td><td>M</td><td></td><td>J</td></tr></table><br><br>Date de fin <table border="1"><tr><td></td><td></td><td>A</td><td></td><td></td><td>M</td><td></td><td>J</td></tr></table>  |           |           | A         |                            |   | M |   | J |  |  | A |  |  | M |  | J | <b>Automne</b><br><input type="checkbox"/> Études à temps plein<br><input type="checkbox"/> Stage à temps plein<br><input type="checkbox"/> En régime coopératif<br><input type="checkbox"/> Rédaction<br>Nombre d'heures de formation <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  | <b>Hiver</b><br><input type="checkbox"/> Études à temps plein<br><input type="checkbox"/> Stage à temps plein<br><input type="checkbox"/> En régime coopératif<br><input type="checkbox"/> Rédaction<br>Nombre d'heures de formation <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  | <b>Été</b><br><input type="checkbox"/> Études à temps plein<br><input type="checkbox"/> Stage à temps plein<br><input type="checkbox"/> En régime coopératif<br><input type="checkbox"/> Rédaction<br>Nombre d'heures de formation <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  | <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80px;"></div> ,00 \$ |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           | A         |           |                            | M |   | J |   |  |  |   |  |  |   |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           | A         |           |                            | M |   | J |   |  |  |   |  |  |   |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |           |           |                            |   |   |   |   |  |  |   |  |  |   |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |           |           |                            |   |   |   |   |  |  |   |  |  |   |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |           |           |                            |   |   |   |   |  |  |   |  |  |   |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                                                                         |
| <b>Deuxième année</b><br>Date de début <table border="1"><tr><td></td><td></td><td>A</td><td></td><td></td><td>M</td><td></td><td>J</td></tr></table><br><br>Date de fin <table border="1"><tr><td></td><td></td><td>A</td><td></td><td></td><td>M</td><td></td><td>J</td></tr></table>  |           |           | A         |                            |   | M |   | J |  |  | A |  |  | M |  | J | <b>Automne</b><br><input type="checkbox"/> Études à temps plein<br><input type="checkbox"/> Stage à temps plein<br><input type="checkbox"/> En régime coopératif<br><input type="checkbox"/> Rédaction<br>Nombre d'heures de formation <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  | <b>Hiver</b><br><input type="checkbox"/> Études à temps plein<br><input type="checkbox"/> Stage à temps plein<br><input type="checkbox"/> En régime coopératif<br><input type="checkbox"/> Rédaction<br>Nombre d'heures de formation <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  | <b>Été</b><br><input type="checkbox"/> Études à temps plein<br><input type="checkbox"/> Stage à temps plein<br><input type="checkbox"/> En régime coopératif<br><input type="checkbox"/> Rédaction<br>Nombre d'heures de formation <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  | <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80px;"></div> ,00 \$ |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           | A         |           |                            | M |   | J |   |  |  |   |  |  |   |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           | A         |           |                            | M |   | J |   |  |  |   |  |  |   |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |           |           |                            |   |   |   |   |  |  |   |  |  |   |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |           |           |                            |   |   |   |   |  |  |   |  |  |   |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |           |           |                            |   |   |   |   |  |  |   |  |  |   |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                                                                         |
| <b>Troisième année</b><br>Date de début <table border="1"><tr><td></td><td></td><td>A</td><td></td><td></td><td>M</td><td></td><td>J</td></tr></table><br><br>Date de fin <table border="1"><tr><td></td><td></td><td>A</td><td></td><td></td><td>M</td><td></td><td>J</td></tr></table> |           |           | A         |                            |   | M |   | J |  |  | A |  |  | M |  | J | <b>Automne</b><br><input type="checkbox"/> Études à temps plein<br><input type="checkbox"/> Stage à temps plein<br><input type="checkbox"/> En régime coopératif<br><input type="checkbox"/> Rédaction<br>Nombre d'heures de formation <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  | <b>Hiver</b><br><input type="checkbox"/> Études à temps plein<br><input type="checkbox"/> Stage à temps plein<br><input type="checkbox"/> En régime coopératif<br><input type="checkbox"/> Rédaction<br>Nombre d'heures de formation <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  | <b>Été</b><br><input type="checkbox"/> Études à temps plein<br><input type="checkbox"/> Stage à temps plein<br><input type="checkbox"/> En régime coopératif<br><input type="checkbox"/> Rédaction<br>Nombre d'heures de formation <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  | <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80px;"></div> ,00 \$ |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           | A         |           |                            | M |   | J |   |  |  |   |  |  |   |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           | A         |           |                            | M |   | J |   |  |  |   |  |  |   |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |           |           |                            |   |   |   |   |  |  |   |  |  |   |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |           |           |                            |   |   |   |   |  |  |   |  |  |   |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |           |           |                            |   |   |   |   |  |  |   |  |  |   |  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |                                                                         |

Note : Les droits exigés par votre établissement d'enseignement comprennent les droits d'admission, les droits d'inscription, les droits de scolarité, les droits afférents aux services d'enseignement et autres droits prescrits par l'établissement d'enseignement. Vous ne devez pas y inclure les frais de matériel scolaire, d'assurance et de subsistance. Veuillez inscrire les droits exigés par votre établissement d'enseignement dans la devise du pays où se trouve ce dernier.

## Section 5 – Signature de la personne aux études

Je déclare que tous les renseignements fournis sont exacts et complets.

Signature **X**

Date

|  |   |  |  |   |  |   |
|--|---|--|--|---|--|---|
|  | A |  |  | M |  | J |
|--|---|--|--|---|--|---|

## Section 6 – Protection des renseignements personnels

En remplissant ce formulaire, vous consentez à ce que l'Aide financière aux études recueille vos renseignements personnels pour traiter votre demande. Sans ces renseignements, celle-ci ne pourra être analysée et vous ne pourrez obtenir le soutien financier auquel vous avez droit. Vous pouvez modifier vos renseignements personnels directement dans votre dossier ou en nous contactant aux coordonnées inscrites sur ce formulaire.