

CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE ENTIÈREMENT REMPLI PAR UN REPRÉSENTANT AUTORISÉ DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT.

Toutes les altérations doivent être initialisées et datées par le représentant autorisé. Si une correction n'est pas accompagnée des initiales appropriées, le formulaire sera considéré comme incomplet, ce qui retardera le traitement du paiement d'aide aux études.

REMARQUE : À titre de promoteur, notre organisation doit transmettre ces renseignements à l'organisme gouvernemental concerné, afin de pouvoir traiter le paiement d'aide aux études de l'étudiant.

Ces renseignements sont actuellement exacts et l'établissement d'enseignement n'a aucune obligation d'informer Qtrade Investissement direct ni aucune autre partie si le statut d'inscription vient à changer.

Renseignements sur l'étudiant :

\_\_\_\_\_  
Nom de l'étudiant (prénom, initiales, nom de famille) \_\_\_\_\_  
Numéro d'assurance sociale

\_\_\_\_\_  
Adresse

Établissement d'enseignement agréé (pour que la demande soit traitée, tous les renseignements demandés doivent être fournis) :

\_\_\_\_\_  
Nom de l'établissement \_\_\_\_\_  
Code postal

\_\_\_\_\_  
Adresse

Renseignements sur le programme :

\_\_\_\_\_  
Date de début de l'année scolaire actuelle (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_  
Durée de l'année scolaire (nombre de semaines consécutives d'inscription valide)

\_\_\_\_\_  
Durée du programme d'études (nombre d'années pour obtenir un diplôme) \_\_\_\_\_  
Année du programme scolaire (année actuelle du programme d'études, p. ex., 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup>)

Type de programme d'études :

- 01 – Université
- 02 – Collège communautaire ou CEGEP (au Québec)
- 03 – Établissement privé de formation professionnelle
- 04 – Autre

Tampon de l'établissement

Montant des frais de scolarité : \_\_\_\_\_ \$

Statut d'inscription :

- L'étudiant est inscrit sous condition.  
Remarque : Aucun paiement d'aide aux études ne peut être réalisé pour un étudiant inscrit sous condition.
- L'étudiant est inscrit. Toutes les conditions d'inscription à notre établissement ont été remplies.

\_\_\_\_\_  
Nom du représentant autorisé (prénom, initiales, nom de famille) \_\_\_\_\_  
Titre

x  
Signature \_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Adresse courriel \_\_\_\_\_  
N° de téléphone