

Réservé à l'Aide financière aux études

Ce formulaire est destiné à la personne qui, **pour une période d'études pour laquelle elle n'a pas fait de demande d'aide financière**, doit obtenir la confirmation de son statut d'étudiant ou d'étudiante à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu par l'Aide financière aux études. Cette confirmation lui permettra d'être exemptée, pendant la période d'études indiquée, du remboursement de sa dette d'études contractée dans le cadre du Programme de prêts et bourses ou du Programme de prêts pour les études à temps partiel.

Ce formulaire doit être utilisé seulement si l'établissement d'enseignement ne peut fournir cette confirmation par voie électronique, à l'aide du système Contact.

Nous vous invitons à nous transmettre ce formulaire dûment rempli en le déposant directement dans votre dossier en ligne.

Section 1 – Identité et adresse

| | | | |
|----------------------|--|--|--|
| Nom | | Code permanent attribué par le Ministère | |
| Prénom | | Date de naissance A M J | Numéro d'assurance sociale |
| Numéro | Rue | Direction (Nord, Sud, Est, Ouest) | |
| Appartement | Municipalité | | |
| Municipalité (suite) | Province | Code postal | Numéro de téléphone (résidence) Ind. rég. |
| Pays | Autre numéro de téléphone Ind. rég. | | Poste |
| Adresse électronique | | | |

(Si vous inscrivez votre adresse électronique, vous recevrez votre correspondance par courriel.)

N'oubliez pas de faire remplir la **section 2 au verso** par une personne autorisée de votre établissement d'enseignement.

Réservé à l'Aide financière aux études

Section 2 – Attestation de l'établissement d'enseignement

Faites remplir cette section par une personne autorisée du bureau d'aide financière de votre établissement d'enseignement ou par la ou le registraire. Il ou elle établira votre statut d'étudiante ou d'étudiant à temps plein en tenant compte du règlement de l'établissement d'enseignement.

Nom de l'établissement d'enseignement

Code de l'établissement d'enseignement

Numéro

Rue

Direction

(Nord, Sud, Est, Ouest)

Municipalité

Municipalité (suite)

Province

Code postal

Pays

Numéro de téléphone

Ind. rég.

Poste

Veillez inscrire le nom du programme ci-dessous.

Code du programme

J'atteste que la personne nommée à la section 1 poursuit ou poursuivait des études à temps plein pendant la période d'études suivante :

Date de début

A M J
|_|_| |_|_| |_|_|

Date de fin

A M J
|_|_| |_|_| |_|_|

S'il y a lieu, cochez une des cases suivantes et indiquez la date de l'évènement.

Abandon

Date

A M J
|_|_| |_|_| |_|_|

Annulation

Date

A M J
|_|_| |_|_| |_|_|

Signature de la personne autorisée du bureau d'aide financière ou de la ou du registraire

Date

A M J
|_|_| |_|_| |_|_|

X _____

Cachet obligatoire

Renseignements complémentaires

Si la personne nommée à la section 1 poursuit ou poursuivait des études universitaires, veuillez indiquer quelle devait être l'activité principale de l'étudiante ou de l'étudiant pendant la période en question.

Premier cycle Études à temps plein Stage à temps plein

Deuxième cycle Études à temps plein Stage à temps plein Rédaction de mémoire

Troisième cycle Études à temps plein Stage à temps plein Rédaction de thèse

Cochez la case ci-contre si la personne nommée à la section 1 est à la fin d'un programme d'études collégiales (DEC ou AEC) et qu'il lui reste un maximum de 3 cours ou 179 heures d'enseignement pour compléter la formation prescrite par ce programme.

Cochez la case ci-contre si la personne nommée à la section 1 est atteinte d'une déficience fonctionnelle majeure reconnue par l'Aide financière aux études et, pour la période d'études indiquée, est ou était inscrite à au moins 20 heures d'enseignement par mois.