



#### 4 RENSEIGNEMENTS SUR LA SCOLARITÉ

a) NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT QUE VOUS PRÉVOYEZ FRÉQUENTER.

\_\_\_\_\_ École  
 \_\_\_\_\_ Numéro et rue ou B.P.  
 \_\_\_\_\_ Ville  
 \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ N° téléphone

NOTE : Vous devez informer le ministère de la Santé si vous changez d'établissement d'enseignement.

b) INDIQUER LE NOM DU DIPLÔME

c) INSCRIT EN \_\_\_\_\_ ANNÉE D'UN PROGRAMME DE \_\_\_\_\_ ANS

d) INDIQUER LE NOMBRE DE COURS

1 <sup>re</sup> SESSION	2 <sup>e</sup> SESSION

e) DÉBUT DE L'ANNÉE SCOLAIRE      FIN DE L'ANNÉE SCOLAIRE      FRÉQUENTÉ

ANN    MOIS    JOUR      AN    MOIS    JOUR      SEMAINES

--	--	--	--	--	--	--

f) NUMÉRO D'IDENTIFICATION DE L'UNIVERSITÉ : \_\_\_\_\_

#### 5 STATUT DE RÉSIDENCE

OUI JE SUIS CITOYEN CANADIEN       OUI JE SUIS IMMIGRANT REÇU OU POSSÈDE UN STATUT DE RÉSIDENT PERMANENT (ANNEXEZ UNE COPIE DE VOTRE CERTIFICAT)

NON       NON

OUI LE DERNIER ENDROIT OÙ J'AI VÉCU DURANT DOUZE MOIS CONSÉCUTIFS AU MOMENT OÙ JE NE FRÉQUENTAIS PAS UN ÉTABLISSEMENT POSTSECONDAIRE ÉTAIT L'ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD?

NON

SI NON, OÙ?

ET

LA DATE DE DÉMÉNAGEMENT À L'Î.-P.-É.

#### 6. DOSSIER DES ÉTUDES

À JOUR  
(ÉTUDES À TEMPS PLEIN SEULEMENT)

NIVEAU	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	PROVINCE	DE	À	PLUS HAUT NIVEAU ACHEVÉ
			AN/ MOIS	AN/ MOIS	
ÉTUDES SECONDAIRES					
ÉTUDES POSTSECONDAIRES					



---

---

## 9 RÉFÉRENCES

Nommez deux personnes (excluant les membres de la famille) avec qui l'on pourrait communiquer afin d'obtenir des renseignements sur votre rendement scolaire, votre travail et/ou votre expérience de bénévolat. Un doit être membre du corps professoral de l'université que vous fréquentez, l'autre doit être un ancien employé ou un superviseur d'une organisation bénévole à laquelle vous participez.

Nom : \_\_\_\_\_ Tél. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Poste : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Tél.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Poste: \_\_\_\_\_

---

---

## 10 CONDITIONS RATTACHÉES À L'OCTROI DE LA BOURSE:

- On doit signer une entente de retour en service entre un (e) candidat (e) admis (e) et l'une des cinq administrations de la santé situées à l'Île-du-Prince-Édouard **avant** l'émission des fonds.
- Le candidat ou la candidate doit maintenir en tout temps son statut d'étudiant(e) (soit au moins 60 % d'un programme d'études à temps plein) durant l'année scolaire 2006/07 (automne 2006 et printemps 2007) au baccalauréat en sciences infirmières à l'établissement d'enseignement qu'il ou elle fréquente.
- Les étudiants et étudiantes parrainé(e)s demandant la bourse pour les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> années doivent fournir les bulletins des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> années à mesure qu'ils seront disponibles.
- En vertu des règlements sur les impôts canadiens, les étudiantes et les étudiants doivent posséder un numéro d'assurance sociale pour avoir droit à la bourse. Toutes les bourses accordées sont considérées comme des revenus imposables et, par conséquent, le feuillet T4A approprié sera envoyé pour les fonds déboursés au cours de chaque année civile.

---

---

## 11. DÉCLARATION DU CANDIDAT:

- (a) Je certifie que les renseignements fournis sur ce formulaire sont complets et véridiques à tous les égards.
- (b) Je déclare que le ministère de la Santé de l'Î.-P.-É. a mon autorisation de recueillir et d'échanger les renseignements jugés nécessaires à mon sujet ainsi que les références fournies auprès de n'importe quel palier de gouvernement au Canada et des établissements d'enseignement. Toute collecte, utilisation et communication de renseignements personnels doit être faite conformément au *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* (Loi sur les renseignements personnels et la protection de la vie privée) R.S.P.E.I. 1998, ch. F-15.01.
- (c) Si ma demande de bourse est approuvée, j'utiliserai les fonds qui me sont accordés pour le paiement des frais de scolarité, les livres, et d'autres frais associés et ferez rapport de toute somme reçue en bourse sur toute demande de prêt étudiant.
- (d) J'autorise l'établissement d'enseignement que je vais fréquenter à informer le ministère de la Santé de l'Î.-P.-É. de la nature et de la valeur des bourses d'études, bourse d'entretien ou tout autre montant que je puis détenir.

\_\_\_\_\_

**Date de la demande**

\_\_\_\_\_

**Signature de l'étudiant (e)**

La note suivante doit être insérée.

Soumettre votre demande dûment remplie, d'ici le 12 mai, au Ministère de la Santé, à l'attention des Ressources humaines, 16, rue Garfield, C.P. 2000, Charlottetown, Î.-P.-É. C1A 7N8. (Téléphone : 902-620-3420; fax : 902-368-6136 ou par courriel à [clmcauley@ihis.org](mailto:clmcauley@ihis.org)) Vous avez la responsabilité de veiller à ce que tous les renseignements appropriés soient contenus dans la demande ou y soient joints. Les demandes incomplètes ne seront pas étudiées.