



ENVOYER UNE COPIE DU FORMULAIRE REMPLI À L'ORGANISME QUI FINANCERA LA BOURSE (CRSH, CRSNG OU IRSC)

Obtention du diplôme

Partie 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE DE LA BOURSE

Nom de famille	Prénom et initiale(s)
Adresse de courriel	Numéro de téléphone
Adresse postale	

Partie 2 : RENSEIGNEMENTS SUR LA BOURSE ET L'ÉTABLISSEMENT

<input type="checkbox"/> IRSC <input type="checkbox"/> CRSNG <input type="checkbox"/> CRSH		
Type de bourse	Numéro de la demande	Numéro du comité (CRSNG seulement)
Faculté ou département	Établissement d'accueil	Établissement de recherche (IRSC seulement)

Partie 3 : OBTENTION DU DIPLÔME

J'atteste par la présente avoir satisfait à toutes les exigences du programme d'études indiqué ci-dessous à la date suivante: _____ mm/jj/aaaa

Doctorat Diplôme équivalent au doctorat Diplôme professionnel dans le domaine de la santé
 Autre _____

Nom du diplôme (indiquer la spécialisation) : _____

Établissement ayant délivré le diplôme : _____

Signature du titulaire de la bourse : _____ Date : _____ mm/jj/aaaa

Partie 4 : CONFIRMATION DE LA PART D'UN REPRÉSENTANT AUTORISÉ DE L'ÉTABLISSEMENT

À remplir par un représentant autorisé de l'établissement ayant délivré le diplôme

J'atteste par la présente que le titulaire de la bourse susmentionnée a satisfait à toutes les exigences de son programme d'études au niveau indiqué à la partie 3.

Établissement : _____

Nom (en lettres moulées) : _____ Titre : _____

Signature : _____ Date : _____ mm/jj/aaaa