



Caisse Desjardins Réseau de la santé

FORMULAIRE DE CANDIDATURE « BOURSES D'ÉTUDES : COUP DE POUCE SANTÉ ! »

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

NUMÉRO DE FOLIO À LA CAISSE :

COURRIEL :

ADRESSE :

VILLE :

CODE POSTAL :

TÉLÉPHONE :

COCHEZ VOTRE CHAMP D'ÉTUDES ACTUEL

Formation professionnelle

Collégial

Universitaire

DANS QUEL PROGRAMME ÊTES-VOUS INSCRIT ?

COMMENT AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DE NOTRE PROGRAMME DE BOURSES D'ÉTUDES

Conseiller de la Caisse

Facebook

Site Internet

Amis/Parents

Autres _____

QUESTION MATHÉMATIQUE : $(20 * 3) + 10 - 5 =$

En soumettant votre formulaire, vous acceptez de recevoir par courriel de l'information provenant de la Caisse Desjardins du Réseau de la santé.

SIGNATURE _____

DATE _____

Veuillez vous assurer que vous avez joint à cet envoi un relevé de notes ou une preuve de paiement des frais de scolarité.

VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE DÛMENT COMPLÉTÉ AVEC LES DOCUMENTS REQUIS À :

Caisse Desjardins du Réseau de la santé

a/s Farah Lemaine

2100, boulevard de Maisonneuve Est, bur.102

Montréal (Québec) H2K 4S1

OU par courriel à l'adresse suivante : farah.p.lemaine@desjardins.com

DATE LIMITE D'INSCRIPTION : 15 MAI 2018