



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

**Veillez 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