

D. À remplir par l'établissement d'enseignement				
Remplir la section D.				
Nom de famille du demandeur	Prénom du demandeur			
Nom de l'établissement d'enseignement postsecondaire	Campus ou collège, ou ville de l'établissement que le demandeur fréquentera			
Indiquez ci-dessous tous les cours individuels.				
Sujet du cours	Code du cours	Type d'enseignement (p. ex.: en classe, par correspondance, à distance)	Date de début (AAAA-MM-JJ)	Date de fin (AAAA-MM-JJ)
Exemple: Littérature et rédaction	FRS-100	Cours par correspondance	(AAAA-MM-JJ)	(AAAA-MM-JJ)
Date de commencement de la période d'études (AAAA-MM-JJ)	Date de fin de la période d'études (AAAA-MM-JJ)	Quels sont les frais de scolarité et les frais obligatoires de l'étudiant pour cette période d'études ? (sans les frais d'hébergement)	Quels sont les coûts des livres et du matériel du demandeur pour la période d'études?	
		\$	\$	
Quel est le pourcentage de la charge de cours à temps plein du demandeur? %	Nombre de semaines d'études	Nombre de cours par semaine	Quel est le niveau du programme du demandeur? <input type="radio"/> Diplôme <input type="radio"/> Baccalauréat <input type="radio"/> Doctorat <input type="radio"/> Certificat <input type="radio"/> Maîtrise	
À quelle faculté ou division le programme se rattache-t-il ?				
<input type="radio"/> Administration / Affaires <input type="radio"/> Services communautaires <input type="radio"/> Sciences de la santé <input type="radio"/> Théologie <input type="radio"/> Éducation <input type="radio"/> Agriculture / Sciences connexes <input type="radio"/> Dentisterie <input type="radio"/> Droit <input type="radio"/> Métiers <input type="radio"/> Arts / Sciences <input type="radio"/> Génie / Technologie <input type="radio"/> Médecine <input type="radio"/> Autre (préciser) _____				
Programme d'études				
J'atteste que les renseignements fournis à la section D de la présente demande sont exacts.				
Nom du responsable de l'établissement d'enseignement	Titre		Numéro de téléphone (999-999-9999)	
Adresse courriel de l'établissement d'enseignement	Signature du responsable		Date (AAAA-MM-JJ)	
Adresse de l'établissement d'enseignement			Code de l'établissement d'enseignement	