



Instituts de recherche en
santé du Canada

Canadian Institutes of
Health Research

Conseil de recherches en
sciences humaines du Canada

Social Sciences and Humanities
Research Council of Canada

Conseil de recherches en sciences
naturelles et en génie du Canada

Natural Sciences and Engineering
Research Council of Canada

Formulaire de cessation d'une bourse

Partie 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LA BOURSE ET SUR LE TITULAIRE DE LA BOURSE

| | | |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> IRSC <input type="checkbox"/> CRSNG <input type="checkbox"/> CRSH | | |
| Nom de famille, prénom et initiale(s) du titulaire de la bourse | | Type de bourse |
| Numéro de la demande | Numéro du comité (CRSNG seulement) | Faculté ou département |
| Établissement | | Établissement de recherche des IRSC (s'il diffère de celui indiqué) |
| Adresse de courriel | | Numéro de téléphone |
| Adresse postale | | |

Partie 2 : RENSEIGNEMENTS SUR LA CESSATION DE LA BOURSE

J'ai terminé mes études à temps plein ou mon programme de recherche à temps plein à (nom de l'établissement) _____ le (date) _____. Je comprends que l'organisme peut exiger le remboursement partiel ou intégral du ou des derniers versements de ma bourse.

J'ai mis fin à ma bourse pour la raison suivante :
 satisfait aux exigences relatives à l'obtention de mon diplôme. retiré(e) de mon programme de doctorat. Autre (précisez) :

SIGNATURE DU TITULAIRE DE LA BOURSE : _____ DATE : _____

Partie 3 : CONFIRMATION DU STATUT DU TITULAIRE DE LA BOURSE

À remplir par le directeur de recherche du titulaire de la bourse et un représentant autorisé de l'établissement

J'atteste, par la présente, que le titulaire de cette bourse a mis fin à ses études à temps plein ou à son programme de recherche à temps plein le (date) _____.

| | |
|---|---|
| <p><u>DIRECTEUR DE RECHERCHE PRINCIPAL</u></p> <p>Nom (en lettres moulées) : _____</p> <p>Signature : _____</p> <p>Date : _____</p> | <p><u>REPRÉSENTANT AUTORISÉ DE L'ÉTABLISSEMENT</u></p> <p>Nom (en lettres moulées) : _____</p> <p>Signature : _____</p> <p>Date : _____</p> |
| <p><u>CODIRECTEUR DE RECHERCHE (S'IL Y A LIEU)</u></p> <p>Nom (en lettres moulées) : _____</p> <p>Signature : _____</p> <p>Date : _____</p> | <p>COMMENTAIRES :</p> |