



Instituts de recherche en
santé du Canada

Conseil de recherches en
sciences humaines du Canada

Conseil de recherches en sciences
naturelles et en génie du Canada

Canadian Institutes of
Health Research

Social Sciences and Humanities
Research Council of Canada

Natural Sciences and Engineering
Research Council of Canada

**ENVOYER LE FORMULAIRE DUMENT REMPLI À
L'ORGANISME QUI FINANCERA LA BOURSE (CRSH, CRSNG
OU IRSC).**

Obtention du diplôme

Partie 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE 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

	IRSC	CRSNG	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 de la personne titulaire de la bourse : _____ Date : _____
mm/jj/aaaa

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

À remplir par une représentante autorisée ou un représentant autorisé de l'établissement ayant délivré le diplôme

J'atteste par la présente que la personne titulaire de la bourse 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