



SESSION HIVER 2026

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE AU PROGRAMME D'ÉTUDES POSTSECONDAIRES

IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT

Nouveau <input type="checkbox"/>	Réinscription <input type="checkbox"/>	Temps plein <input type="checkbox"/>	Temps partiel <input type="checkbox"/>
Nom et prénom :		Numéro de bande (10 chiffres):	
Féminin : <input type="checkbox"/> Masculin : <input type="checkbox"/>		Code permanent ou matricule :	
Date de naissance :		Numéro d'assurance social :	
Année / mois / jour			
Adresse de correspondance :		Téléphone :	
		Cellulaire :	
No	Rue	App.	Courriel :
Ville	Province	Code postal	

SITUATION FINANCIÈRE DE L'ÉTUDIANT

ENFANT (S) À CHARGE

Indiquer si vous bénéficiez ou bénéficierez d'une ou d'autres sources de revenu au cours de la session : Je reçois ou recevrez des prestations d'assurance-emploi : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je reçois des prestations de la sécurité du revenu : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nom et prénom	Date de naissance
	Nom et prénom	Date de naissance
	Nom et prénom	Date de naissance

PROGRAMME D'ÉTUDES

Nom de l'établissement :
Nom et numéro du programme :
C'est un changement de programme ou de niveau : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Diplôme prévu : AEC <input type="checkbox"/> DEC <input type="checkbox"/> Double DEC <input type="checkbox"/> DEC-BAC <input type="checkbox"/> Certificat <input type="checkbox"/> DESS <input type="checkbox"/> Baccalauréat <input type="checkbox"/> Maîtrise <input type="checkbox"/> Doctorat <input type="checkbox"/>
Durée du programme en nombre de sessions (dans le cas d'une AEC, inscrire le nombre de mois) :
Date de fin prévue du programme complet (inscrire l'année et le mois) :
Je serai finissant cette session : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Je serai en stage cette session : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mon stage sera rémunéré : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si stage non rémunéré joindre une preuve, ex. : lettre officielle)

CONSENTEMENT À LA COLLECTE, À L'UTILISATION ET À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS RECUEILLIS

Veuillez consulter notre Politique sur la protection des renseignements personnels au lien suivant : <https://caodanak.com/protection-renseignements-personnels/>

Consentement

☐ « Par la présente, je confirme avoir pris connaissance de la Politique sur la protection des renseignements personnels du Conseil des Abénakis d'Odanak. Cela indique que j'ai lu, que j'ai compris, que j'ai posé les questions nécessaires à la compréhension du document et que j'accepte la collecte, l'utilisation ou la divulgation de mes renseignements recueillis ».

DÉCLARATION (OBLIGATOIRE À SIGNER)

Je déclare, par la présente, que les renseignements sont à tous les égards, vrais, exacts et complets.

Toute fausse déclaration ou omission constitue une infraction grave et peut entraîner l'annulation de la présente demande.

Signature de l'étudiant	Date
Signature des parents si l'étudiant est mineur	Date

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Conseil des Abénakis d'Odanak
104, rue Sibosis, Odanak (Québec), J0G 1H0
Téléphone sans frais: 1 888 568-2810 Télécopieur : (450) 568-3553