

**604, rue Rivière-à-la-Truite, Tracadie-Sheila (NB) E1X 1A7 Téléphone : 1-506-393-6018**

**Retourner le formulaire complété à :** **dgrcjm@bellaliant****.com**

**Formulaire d'inscription**

 **BOURSE D’ÉTUDES POSTSECONDAIRES - COMMUNAUTAIRE**

**DATE LIMITE : Le 31 mai 2019**

**Pour être admissible, vous devez répondre aux critères suivants :**

**👉 Avoir terminé vos études secondaires dans l’une des écoles secondaires de la Péninsule acadienne l’année de la demande;**

**👉 Entreprendre, l’année suivante, des études postsecondaires à temps plein, d’une durée minimale d’un an, dans un collège ou une université reconnue;**

**👉 Avoir participé au Programme Accro au bénévolat de la Péninsule acadienne dans les deux dernières années.**

**La bourse sera attribuée au bénéficiaire sur présentation d’une attestation officielle d’inscription**

**au 2e semestre de la première année du programme.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de famille:** |  |
| **Prénom:** |  |
| **Adresse:**  |  |
| **Adresse courriel:** |  |
| **Téléphone :** |    |
| **Date de naissance:**  |  |
| **NAS: (facultatif)** |  |
| **Langues parlées:** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Français** |  | **Anglais** |  |

 |

 **RENSEIGNEMENTS SUR LA/LE PARTICIPANT/E**

**École fréquentée :** 

|  |  |
| --- | --- |
| **Collège/université:** |  |
| **Titre du programme:** |  |
| **Durée du programme :**  |  |

 **INFORMATION SUR LES ÉTUDES POSTSECONDAIRES**

 **Début du programme :** 

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

**Indiquez votre engagement et les réalisations dans les principales activités communautaires et non liées à l’école qui ont contribué à faire de vous une personne plus engagée et qui ont contribué à votre communauté. Racontez-nous également une expérience positive vécue avec le Programme Accro au bénévolat de la Péninsule acadienne. (ENTRE 300 ET 400 MOTS)**



**VEUILLEZ FOURNIR DEUX RÉFÉRENCES AUTRES QU’UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE OU UN AMI PERSONNEL.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Référence # 1 :** |  |
| **Téléphone:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Référence # 2 :** |  |
| **Téléphone :** |  |

 **ESPACE RÉSERVÉE À L’USAGE DU RCJM INC**

|  |  |
| --- | --- |
| **Référence reçue le:**  |  |
| **Étudiée le:** |  |
| **Décision:** |   |
| **Commentaires:** |  |

***Si vous avez besoin d’aide pour remplir ce formulaire, veuillez communiquer avec le directeur général***

***du RCJM-NB Inc., soit par téléphone au 393-6018, soit par courriel à*** ***roger.w.blanchard@gnb.ca***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Signature du responsable:** |  | **Date:** |  |