



**Demande d'Aide à l'Éducation Post-secondaire
Kanehsatake Tsi Ionhiationhseraweienhstákhkwa**

Centre d'Éducation de Kanehsatake
14 Joseph Swan, Kanehsatake, QC, J0N 1E0 Tél.: (450) 479-8358 Télécopieur: (450) 479-6022
Numéro sans frais: 1-877-479-8358

CONFIDENTIEL LORSQUE COMPLÉTÉ

Site web: www.kanedu.ca

Courriel: info@kanedu.ca

Information Relative à l'Étudiant

Nouvel étudiant

Réinscription

Numéro de Bande : 069 _____

Date de naissance: ____/____/____ (Année/Mois/Jour)

Sexe: Masculin. Féminin

Demeurez-vous au Canada depuis les 12 derniers mois? Oui Non

Nom de Famille: _____ Prénom: _____ Deuxième Prénom: _____

Adresse du domicile

Adresse postale (si différente du domicile)

Code Postal _____

Code Postal _____

Courriel: _____

Téléphone # () _____

Téléphone # () _____

Personne à contacter en cas d'urgence: _____

Téléphone # () _____

Profil de l'Étudiant

Célibataire

Marié(e)/Conjoint(e) de fait avec conjoint(e) au travail

Monoparental

Marié (e)/Conjoint (e) de fait avec conjoint (e) à charge

Nombre de personnes à charge (moins de 18 ans ou de 18 à 21 ans aux études de niveau secondaire)

Inscrire les personnes à charges vivant avec vous:

Nom	Lien de parenté	Date de naissance

Régime d'Enseignement

Fréquentation

Temps plein

Temps partiel

Niveau du Programme

Niveau I -Collégial

Niveau II Études de 1^{er} cycle, (ex. : B.A., Baccalauréat en Éducation.)

Niveau III Diplôme ou Professionnel (ex. M.D., M.A.)

Niveau IV Doctorat (ex.:Doctorat)

Date de graduation

____/____/____ (M/J/A)

Programme _____

Établissement _____

Adresse _____

Province _____

Code Postal _____

Durée du Programme (années) _____

Année du programme en cours _____ (ex. : 1^{ère} année de 3 ans.)

Semestre s'appliquant à: Automne Hiver Été (Juin, Juillet) Printemps (Étudiants universitaires pour mai seulement)

Semestre en lien avec cette demande

____/____/____ à ____/____/____
(Mois/Jour/ Année) (Mois/ Jour/ Année)



**Demande d'Aide à l'Éducation Post-secondaire
Kanehsatake Tsi Ionhiatonhseraweienhstákhkwa**

Centre d'Éducation de Kanehsatake
14 Joseph Swan, Kanehsatake, QC, J0N 1E0 Tél: (450) 479-8358 Télécopieur: (450) 479-6022
Numéro sans frais: 1-877-479-8358

Site web: www.kanedu.ca
Courriel: info@kanedu.ca

TRAVAILLEZ VOUS? ___NON ___OUI (SI OUI, ___Temp Plein ___Temp Partiel Nombre hrs. par semaine ___)

Je saisis bien les conditions suivantes applicables à l'obtention d'un soutien financier du Centre d'Éducation de Kanehsatake. Toute information sera gardée dans la plus stricte confidentialité et sans préjudice :

1. Compléter tous les formulaires confidentiels nécessaires, y compris: le Formulaire d'application, le Consentement à la demande de renseignements et le Consentement à la divulgation de renseignements.
2. Assister aux cours de façon régulière et consistante.
3. Se conformer aux règlements du collège/université et rencontrer les exigences de notes établies par l'établissement que je fréquente.
4. A la fin de chaque semestre, fournir une copie de mes notes finales au Centre d'Éducation de Kanehsatake.
5. Aviser le Centre d'Éducation de Kanehsatake si **je me retire de l'établissement, si j'abandonne un cours ou si je transfère à un autre programme.**
6. Rencontrer ou dépasser les exigences minimales de notes de l'établissement et bien comprendre que si je ne rencontre pas ces exigences, mon aide financière sera annulée.

Je déclare que toute l'information ci-haut mentionnée est complète, exacte et précise et je m'engage à informer le Centre d'Éducation de Kanehsatake de tout changement susceptible d'affecter mon éligibilité à l'allocation financière. Je déclare également avoir bien lu et compris toutes les définitions, les règles et les directives.

Signature: _____ **Date:** _____

POUR USAGE INTERNE SEULEMENT (NE PAS COMPLÉTER LA SECTION CI-DESSOUS)

Preuve de Résidence

PREUVES D'IDENTIFICATION: ___Permis de conduire; ___Carte étudiante; ___Carte de Statut Indien; ___Autres (Spécifier) _____

Copie en dossier: Oui ___ Non ___

Validé par le CEK: _____

Code (sphère principale des études) _____ Niveau d'études 1 2 3 Date de réception _____

Code d'action: Nouvelle Demande Modification

DEMANDE: Approuvée Rejetée Reportée **Raison:** _____

Signature du CEK: _____ **Date:** _____

Poster la demande à:

Kanehsatake Tsi Ionhiatonhseraweienhstákhkwa
Centre de l'Éducation de Kanesatake
14 Joseph Swan
Kanehsatake, QC J0N 1E0

Téléphone: (450) 479-8358
Télécopieur: (450) 479-6022
1-877-479-8358 (Numéro sans frais)
Site Internet: www.kanedu.ca
Courriel: info@kanedu.ca



**Demande d'Aide à l'Éducation Post-secondaire
Kanehsatake Tsi Ionhathonseraweienhstákhwa**

Centre d'Éducation de Kanehsatake
14 Joseph Swan, Kanehsatake, QC, J0N 1E0 Tél: (450) 479-8358 Télécopieur: (450) 479-6022
Numéro sans frais: 1-877-479-8358

Site web: www.kanedu.ca
Courriel: info@kanedu.ca

Diplôme de fin d'études secondaires OUI ___ NON ___ Dernière année d'études secondaires _____

Historique de l'instruction post-secondaire antérieure (débuter par le dernier établissement fréquenté)

Établissement	Adresse (inclure la province)	Programme	Date de fréquentation	Graduation (Oui/Non)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____



**Demande d'Aide à l'Éducation Post-secondaire
Kanehsatake Tsi Ionhathonseraweienhstákhwa**

CONFIDENTIEL LORSQUE COMPLÉTÉ

CONSENTEMENT À LA DEMANDE ET À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Information Personnelle (Caractères d'imprimerie ou écrire lisiblement)

Prénom	Deuxième prénom	Nom de famille
Adresse à domicile		Numéro de téléphone
Adresse durant les études (si différente du domicile)		Numéro de téléphone
Date de naissance	Numéro de fiche étudiante	Numéro d'assurance sociale
Établissement scolaire		Adresse de l'établissement scolaire

CONSENTEMENT À LA DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je, soussigné(e), _____, donne mon consentement, si nécessaire, afin de permettre au Centre d'Éducation de Kanehsatake, département du programme d'enseignement post-secondaire, de demander de l'information de la part d'employeurs sur les sources de revenus, d'établissements scolaires, d'emploi et de formation et des bureaux/agences gouvernementaux du fédéral, provincial et de Kanehsatake. Ce consentement vise à permettre au Centre d'Éducation de Kanehsatake, Programme d'enseignement post-secondaire de valider l'information qui contribuera à établir mon éligibilité à recevoir de l'aide à l'éducation.

CONSENTEMENT À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Je, soussigné(e), _____, donne mon consentement, si nécessaire, afin de permettre au Centre d'Éducation de Kanehsatake, département du programme d'enseignement post-secondaire, de divulguer l'information et de fournir copies de documents aux établissements scolaires, d'emploi et de formation et aux agences/bureaux gouvernementaux fédéraux, provinciaux et de Kanehsatake. Ce consentement vise à permettre au Centre d'Éducation de Kanehsatake, département d'enseignement post-secondaire de fournir l'information afin que mon éligibilité à d'autres formes d'aide (incluant l'emploi) puisse être établie et pour confirmer toute aide reçue du Centre d'Éducation de Kanehsatake, programme d'enseignement post-secondaire.

SIGNATURES

Ce consentement écrit est valide jusqu'au _____, 20__.

Signé en date du _____ jour _____, 20__.

Signature du demandeur/de la demandeuse

CEK – Représentant(e) autorisé(e)

RÉCLAMATION POUR CONJOINT À CHARGE – CONSENTEMENT POUR LA DEMANDE ET LA DIVULGATION D'INFORMATION

Je, soussigné(e) _____, suis le/la conjoint(e) de _____. J'ai lu et compris ce document et par cette autorisation, je donne mon consentement, si nécessaire, pour permettre au Centre d'Éducation de Kanehsatake, programme d'enseignement post-secondaire, de demander et de divulguer de l'information à mon sujet aux agences gouvernementales afin d'établir l'éligibilité de mon conjoint à recevoir de l'aide à l'éducation.

Signé en date du _____ jour de _____, 20__.

Signature: _____