

Ambulance Saint-Jean



ÉTUDES EN SOINS INFIRMIERS FORMULAIRE DE DEMANDE DE BOURSE D'ÉTUDES

*ENSEMBLE DES PROGRAMMES D'ÉTUDES ET APPUI FINANCIER
RENOUVELÉ*

Procédez comme suit pour soumettre une demande de bourse d'études en soin infirmiers à Ambulance Saint-Jean :

- 1) Remplissez toutes les sections du présent formulaire de demande qui s'appliquent à votre cas. Veuillez écrire en lettres moulées ou taper les renseignements.
- 2) Faites parvenir votre demande dûment remplie et les documents d'appui avant le 15 MARS à :

**Conseil provincial/territoire ou centre spécial
d'Ambulance Saint-Jean**

Dans le cas des formulaires télécopiés ou envoyés par courriel, le bureau de votre conseil provincial/territoire ou centre spécial **DOIT ÉGALEMENT RECEVOIR LES DOCUMENTS ORIGINAUX** au plus tard une semaine après la date d'échéance. **N'OUBLIEZ PAS** d'inclure deux références écrites avec votre candidature. Les soumissions incomplètes **NE SONT PAS ACHÉMINÉES AU SIÈGE NATIONAL.**

Trois étapes du processus d'étude des demandes :

- 1) Votre conseil provincial/territorial ou votre centre spécial évaluera l'intégralité de votre dossier et résumera celui-ci avant de l'acheminer au Comité national des bourses.
- 2) Le Comité révisera toutes les demandes afin de déterminer l'admissibilité du candidat en fonction des critères établis (rendement scolaire, besoin financier, engagement à Ambulance Saint-Jean, etc.).
- 3) Vous serez avisé du statut de votre demande. Si vous êtes choisi, vous devrez faire parvenir une preuve de votre admission au programme d'études en question, vos relevés de notes finaux et votre numéro d'assurance sociale avant de recevoir votre bourse.

POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ

Ambulance Saint-Jean est engagé à protéger votre vie privée. Tous les renseignements personnels inscrits sur le présent formulaire de demande de bourse servent à déterminer votre candidature à l'obtention d'une bourse d'études en soins infirmiers. Lorsque les candidats choisis sont avisés du statut de leur demande, leurs renseignements personnels sont conservés au siège national d'Ambulance Saint-Jean pendant 10 ans. Quant à ceux des candidats non admissibles, ils sont détruits moins d'un an suivant l'avis de refus. Si vous désirez accéder à vos renseignements personnels afin de les réviser ou de les modifier, veuillez communiquer avec le coordonnateur du programme de bourses au siège national d'Ambulance Saint-Jean à l'adresse suivante : 1900 promenade City Park, Bureau 400, Ottawa (Ontario) K1J 1A3. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la politique d'Ambulance Saint-Jean en matière de confidentialité, veuillez communiquer avec le responsable de la protection de la vie privée de l'organisme à l'adresse ci-dessus ou en envoyant un courriel à privacyofficer@sja.ca.

A. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Veillez indiquer le programme pour lequel vous désirez obtenir un appui financier.

- Diplôme
- Baccalauréat
- Maîtrise, doctorat
- Post-diplôme/baccalauréat avec spécialisation
- Appui financier renouvelé pour un des programmes ci-dessus (*précisez*) : _____

NOM :			
	PRÉNOM	SECOND PRÉNOM	NOM
ADRESSE PERMANENTE :	N° ET RUE/ ROUTE RURALE/ N° DE CASIER POSTAL		
	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
	NUMÉROS DE TÉLÉPHONE :		
	DOMICILE	TRAVAIL	

B. ÉTUDES

Veillez énumérer les établissements d'enseignement que vous avez fréquentés en commençant par le plus récent (JOIGNEZ UNE AUTRE FEUILLE, AU BESOIN).

ÉTABLISSEMENT ET ENDROIT	ANNÉES	DIPLÔME, GRADE OU CERTIFICAT OBTENU (LE CAS ÉCHÉANT)	DOMAINE DE SPÉCIALISATION

- Veuillez joindre à votre demande les relevés de notes officiels à jour de vos études secondaires, de votre dernier programme scolaire, ou, s'il y a lieu, de vos études en soins infirmiers.
- Veuillez également inclure une photocopie de votre certificat de membre de l'association des infirmiers et des infirmières de votre province ou territoire, de votre permis d'exercice ou de votre certificat de compétence (s'il y a lieu).

C. EXPÉRIENCE DE TRAVAIL

Veillez énumérer les emplois que vous avez occupés en commençant par votre poste actuel ou par le dernier poste occupé (JOIGNEZ UNE AUTRE FEUILLE, AU BESOIN).

POSTE/ TITRE	EMPLOYEUR ET ENDROIT	DATES D'EMPLOI

D. ACTIVITÉS AVEC AMBULANCE SAINT-JEAN

Dans tous les cas, l'attribution d'une bourse d'études dépend de l'engagement du candidat envers Ambulance Saint-Jean.

1. Quelle est votre affiliation actuelle et antérieure à Ambulance Saint-Jean (fonctions, années de service, nombre et type de cours enseignés)?

2. Au terme de vos études en soins infirmiers, à quel titre, de quelle façon et à quel endroit continuerez-vous d'aider Ambulance Saint-Jean?

E. AUTRES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES ET COMMUNAUTAIRES

1. Nommez tous les organismes professionnels au sein desquels vous êtes ou avez été actif(ve). Indiquez également le poste occupé et les fonctions assumées.

2. Nommez les organismes communautaires au sein desquels vous êtes ou avez été actif(ve).

3. Indiquez les honneurs et récompenses que vous avez reçus.

F. PROGRAMME D'ÉTUDES ENVISAGÉ

Veuillez remplir la présente section *même si vous ne connaissez pas* votre statut d'étudiant.

PROGRAMME D'ÉTUDES EN SOINS INFIRMIERS :		
<input type="checkbox"/> ÉTUDES COLLÉGIALES	<input type="checkbox"/> MAÎTRISE	<input type="checkbox"/> DOCTORAT
<input type="checkbox"/> BACCALURÉAT	<input type="checkbox"/> PROGRAMME GÉNÉRIQUE OU CONJOINT	<input type="checkbox"/> PROGRAMME PROFESSIONNEL EN SCIENCES INFIRMIÈRES
<input type="checkbox"/> DIPLÔME	<input type="checkbox"/> POST-DIPLÔME/ BACCALURÉAT AVEC SPÉCIALISATION (PRÉCISEZ)	
ÉTABLISSEMENT ET ENDROIT :		
ÉTUDES :	<input type="checkbox"/> À TEMPS PLEIN REMPLISSEZ LA SECTION F.1. <input type="checkbox"/> À TEMPS PARTIEL REMPLISSEZ LA SECTION F.2.	

F.1 Études à temps plein seulement

DURÉE DU PROGRAMME D'ÉTUDES :			
DURÉE DU PROGRAMME D'ÉTUDES ENVISAGÉ POUR LEQUEL L'APPUI FINANCIER EST DEMANDÉ :			
DU :	AU :		
ANNÉE D'ENTRÉE AU PROGRAMME?			
<input type="checkbox"/> Première	<input type="checkbox"/> Deuxième	<input type="checkbox"/> Troisième	<input type="checkbox"/> Quatrième
QUEL EST VOTRE STATUT D'ÉTUDIANT?	<input type="checkbox"/> CONFIRMÉ (PREUVE EXIGÉE) <input type="checkbox"/> PROVISoire		

F.2 Études à temps partiel seulement

F.2.1 Diplôme / baccalauréat / études supérieures

NOM DU PROGRAMME :			
NOMBRE DE COURS POUR L'ANNÉE À VENIR :		NOMBRE DE COURS PAR SEMESTRE :	
COÛT PAR COURS :	\$	NOMBRE DE COURS EXIGÉS POUR TERMINER LE PROGRAMME :	
TYPE D'ENSEIGNEMENT (PAR EX., COURS EN LIGNE, COURS PAR CORRESPONDANCE, ENSEIGNEMENT À DISTANCE, ENSEIGNEMENT EN CLASSE, ETC.)		DURÉE DE CHAQUE COURS (PAR EX., SEMESTRE, ANNÉE SCOLAIRE, ETC.) :	
QUEL EST VOTRE STATUT D'ÉTUDIANT?	<input type="checkbox"/> CONFIRMÉ (PREUVE EXIGÉE) <input type="checkbox"/> PROVISoire		

F.2.2. Programme spécialisé en soins infirmiers

NOM DE LA SPÉCIALITÉ :			
NOMBRE DE COURS POUR L'ANNÉE À VENIR :		NOMBRE DE COURS PAR SEMESTRE :	
COÛT PAR COURS :	\$	NOMBRE DE COURS EXIGÉS POUR TERMINER LE PROGRAMME :	
TYPE D'ENSEIGNEMENT (PAR EX., COURS EN LIGNE, COURS PAR CORRESPONDANCE, ENSEIGNEMENT À DISTANCE, ENSEIGNEMENT EN CLASSE, ETC.)		DURÉE DE CHAQUE COURS (PAR EX., SEMESTRE, ANNÉE SCOLAIRE, ETC.) :	
CERTIFICAT OU DIPLÔME REÇU À LA FIN DU PROGRAMME :			
QUEL EST VOTRE STATUT D'ÉTUDIANT?	<input type="checkbox"/> CONFIRMÉ (PREUVE EXIGÉE) <input type="checkbox"/> PROVISoire		

G. BESOINS FINANCIERS

DÉPENSES PRÉVUES POUR L'ANNÉE À VENIR :	
A) FRAIS DE SCOLARITÉ	\$
B) LIVRES ET FOURNITURES	\$
C) FRAIS DE DÉPLACEMENT	\$
D) FRAIS D'HÉBERGEMENT	\$
E) AUTRE (PRÉCISEZ)	\$
TOTAL :	\$

SI VOUS AVEZ FAIT D'AUTRES DEMANDES D'AIDE FINANCIÈRE, VEUILLEZ INDIQUER À QUI VOUS AVEZ ADRESSÉ CES DEMANDES ET LES MONTANTS DEMANDÉS OU REÇUS.

	\$
	\$
	\$

AVEZ-VOUS D'AUTRES SOURCES DE REVENU? DANS L'AFFIRMATIVE, VEUILLEZ INDIQUER LESQUELLES ET LES MONTANTS QU'ELLES VOUS RAPPORSENT.

	\$
	\$
	\$

À QUEL POINT DÉPENDREZ-VOUS DE VOTRE BOURSE D'ÉTUDES (DÉPENDANCE ÉLEVÉE, MOYENNE, FAIBLE)? VEUILLEZ EXPLIQUER POURQUOI.

SI VOUS AVEZ DES PERSONNES À CHARGE, VEUILLEZ INDIQUER LEUR DEGRÉ DE DÉPENDANCE FINANCIÈRE.

COMMENT AVEZ-VOUS PRIS CONNAISSANCE DE L'EXISTENCE DU PROGRAMME DE BOURSES D'ÉTUDES D'AMBULANCE SAINT-JEAN?

AVEZ-VOUS DÉJÀ REÇU UNE BOURSE D'ÉTUDES D'AMBULANCE SAINT-JEAN DE LA PART DU COMITÉ NATIONAL DES BOURSES OU D'UN CONSEIL PROVINCIAL OU TERRITORIAL? DANS L'AFFIRMATIVE, VEUILLEZ EN INDIQUER LA PROVENANCE, L'ANNÉE D'ATTRIBUTION ET LE MONTANT.

SOURCE	ANNÉE D'ATTRIBUTION	MONTANT
		\$
		\$
		\$

QUELS SONT VOS OBJECTIFS DE CARRIÈRE?

H. RÉFÉRENCES (candidats qui soumettent une première demande seulement)

Un minimum de deux références écrites est exigé. Ces références constituent une partie intégrante de votre soumission. La première doit provenir d'une personne qui vous connaît depuis au moins cinq ans et qui peut évaluer votre rendement au travail, vos dispositions pour l'étude et votre potentiel en matière de leadership. L'autre **doit** provenir d'un **officier** de la brigade d'Ambulance Saint-Jean ou du directeur de la formation de ce même organisme. Les références doivent être rédigées au moyen du formulaire de référence approuvé. Elles doivent également être signées et datées.

Des lettres de référence sont exigées afin que votre dossier soit jugé complet. Ces lettres doivent faire partie de votre soumission au siège national. Le Comité des bourses ne révisé aucun dossier incomplet.

Je, _____, comprend que :
(NOM EN LETTRES MOULÉES)

- a) si je ne parviens pas à terminer le programme pour lequel j'ai reçu un appui financier, le Comité des bourses d'études d'Ambulance Saint-Jean se réserve le droit d'en exiger le remboursement total ou partiel;
- b) l'attribution d'une bourse d'études sera annulée s'il est prouvé que des renseignements erronés ont été soumis.

(Date)

(Signature)