



Fondation Santé
Notre Dame
Health Foundation

Bourse Scolaire

FORMULAIRE DE DEMANDE

Nom _____

Numéro d'assurance social _____

Adresse _____

École Secondaire _____

Domaine de la santé choisi:

Niveau universitaire , communautaire ou autre centre d'éducation relié au domaine de la santé:

Veillez expliquer en détail comment vous remplissez les conditions requises sur la base des critères spécifiés (vous pouvez joindre d'autres informations pertinentes si vous le jugez nécessaire) :

Veillez joindre le relevé de notes à ce formulaire



Fondation Santé
Notre Dame
Health Foundation

School Bursary

APPLICATION FORM

Name _____

Social Insurance Number _____

Address _____

High School _____

Healthcare field chosen:

University, community or other educational centre related to the healthcare field:

Please demonstrate in detail how you qualify based on the specific criteria (you may append other relevant information as deemed appropriate):

Please attach school transcript to this form