

DEMANDE D'UNE BOURSE D'ÉTUDE

Note: Veuillez compléter le formulaire en utilisant la police Courier 10 (ou similaire) et expédier électroniquement au Responsable du comité des bourses d'étude: friostejada@gmail.com

SECTION I – À COMPLÉTER PAR LE CANDIDAT

NOM ET PRÉNOM :

TITRE :

SEXE

ADRESSE :

domicile:

Bureau :

TÉLÉPHONE :

(inclure indicatifs du pays et région)

FAX :

(inclure indicatifs du pays et région)

COURRIEL :

DATE DE NAISSANCE :

PAYS D'ORIGINE :

NATIONALITÉ :

SCOLARITE

ETABLISSEMENT SOUHAITE

DATE

Début

Fin

a) Premier cycle

b) Faculté de Médecine

c) 2^e / 3^e cycle

d) Autres

ACTIVITÉS DEPUIS L'OBTENTION DU DIPLÔME

SVP Décrire en détail toutes les activités poursuivies jusqu'à ce jour, incluant les activités durant la formation post-universitaire et expérience en médecine aéronautique et spatiale.

ORGANISME

ACTIVITÉS

Date Début

Fin

PUBLICATIONS - Veuillez lister toutes vos publications (Titre, journal, date, etc.)

**ACADÉMIE INTERNATIONALE DE MÉDECINE AÉRONAUTIQUE
ET SPATIALE**

DEMANDE D'UNE BOURSE D'ÉTUDE (suite)

HONNEURS ET PRIX reçus (*Titre ou Nom du prix et la date*)

CARRIERE MILITAIRE

PLAN DE CARRIERE FUTUR

Veillez fournir un exposé complet sur vos intentions concernant la poursuite d'une carrière en médecine aéronautique et spatiale. Le comité des bourses accorde une attention particulière aux plans de carrière des candidats, tous les détails pertinents de la carrière souhaitée doivent donc être renseignés ici. **(SVP joindre un exposé d'une page)**

DEMANDE DE BOURSE:

A. OBJET: (*Fournir tous les détails de la formation ciblée, inclure nom de la formation, nom de l'Institution dispensant la recherche ou la formation, lieu, dates, les frais de scolarité et le nom du directeur de l'enseignement.*)

Formation/Cours prévus:

Etablissement:

Lieu:

Dates:

Frais de scolarité des cours /formation:

Directeur de l'enseignement:

B. SOMME DEMANDÉE: (*stipuler le coût total du programme désiré incluant les frais de scolarité et les dépenses de la vie courante, puis ventiler.*)

**ACADÉMIE INTERNATIONALE DE MÉDECINE AÉRONAUTIQUE
ET SPATIALE**

DEMANDE D'UNE BOURSE D'ÉTUDE (suite)

C. AUTRES SOURCES de SUPPORT FINANCIER (spécifier les sources et les montants):

Décrivez en détail pourquoi vous devriez recevoir un support financier de l'Académie? Détaillez.

Si je suis le candidat sélectionné et que je reçois la bourse, je ferai tous les efforts possibles pour garder le contact avec l'Académie et informer le Responsable du comité des bourses et le Secrétaire général de l'Académie, de l'évolution de ma carrière en leur adressant une mise à jour au moins une fois par an.

DATE (Date de soumission):

VEILLER EXPÉDIER LE FORMULAIRE DE DEMANDE DÛMENT COMPLÉTÉ AU RESPONSABLE DU COMITÉ DES BOURSES D'ÉTUDE DE L'ACADÉMIE INTERNATIONALE DE MÉDECINE AÉRONAUTIQUE ET SPATIALE AVANT LE : **1ER AOÛT** DE L'ANNÉE COURANTE. LE GAGNANT DE LA BOURSE D'ÉTUDE SERA PRÉVENU AVANT LE 31 DÉCEMBRE DE LA MÊME ANNÉE. LES FONDS SERONT DISPONIBLES POUR LE GAGNANT DE LA BOURSE D'ÉTUDE POUR LES COURS COMMENÇANT À PARTIR / OU APRÈS LE **1 JANVIER** DE L'ANNÉE SUIVANTE.

Dr. Francisco Rios Tejada, *Responsable du comité des bourses d'étude*
friostejada@gmail.com

DEMANDE D'UNE BOURSE D'ÉTUDE

SECTION II – À COMPLÉTER PAR LE PARRAIN

(Le parrain doit être un médecin avec une expérience en médecine aéronautique et spatiale. Celui-ci doit bien connaître le/la candidat(e) et ses intérêts professionnels)

Ce formulaire doit être soumis comme document attaché à un courrier électronique et envoyé directement par le parrain, de sa propre adresse mail, au responsable du comité des bourses d'études.

NOM ET PRÉNOM

TITRE

ADRESSE (pour correspondance)

TÉLÉPHONE (incluant indicatifs du pays et région)

FAX (incluant Indicatifs du pays et région)

SITUATION ACTUELLE

ÊTES-VOUS UN MEMBRE DE L'AIMAS - ACADÉMIE INTERNATIONALE DE
MÉDECINE AÉRONAUTIQUE ET SPATIALE? OUI NON

**LIEN AVEC LE CANDIDAT ET LA DATE DEPUIS LAQUELLE VOUS CONNAISSEZ
LE CANDIDAT**

- a. LIEN (ex : professeur, superviseur, collègue)
- b. DATE (Année/mois)

RECOMMANDATION

SVP donnez votre opinion sur les vraies intentions du candidat en ce qui concerne une carrière en médecine aéronautique et comment vous considérez que le candidat pourrait bénéficier de la formation planifiée.

DATE de la soumission par le parrain:

SVP EXPÉDIEZ CE FORMULAIRE DÛMENT COMPLÉTÉ AU RESPONSABLE DU COMITÉ DES BOURSES D'ÉTUDE DE L'ACADÉMIE INTERNATIONALE DE MÉDECINE AÉRONAUTIQUE ET SPATIALE AVANT LE **31^{er} DECEMBRE DE L'ANNÉE EN COURS. LES FONDS SERONT DISPONIBLES POUR LE GAGNANT DE LA BOURSE D'ÉTUDE POUR LES COURS COMMENÇANT A PARTIR / OU APRES LE **1^{er} JANVIER** DE L'ANNEE SUIVANTE**

Dr. Francisco Rios Tejada, Responsable du comité des bourses d'étude --
friostejada@gmail.com

DEMANDE D'UNE BOURSE D'ÉTUDE

Note: Veuillez compléter le formulaire en utilisant la police Courier 10 (ou similaire) et expédier électroniquement au Responsable du comité des bourses d'étude: *friostejada@gmail.com*

SECTION III – À COMPLÉTER PAR LE CANDIDAT

NOM COMPLET

(nom et prénom)

SOURCE DE REVENU ACTUELLE

SOMME ANNUELLE (spécifier les devises) :

ÉPARGNES DISPONIBLES
(Devise)

Banque:

Placements (indiquer les valeurs mobilières, actions, obligations, fonds mutuels, etc.):

Autres liquidités:

AUTRE SUPPORT FINANCIER
(Devise)

Support familial (spécifier lien familial et la somme):

Support gouvernemental (spécifier type et somme):

Autre support (source et montant):

REVENU ESCOMPTES DURANT
LA PÉRIODE DU PROGRAMME
D'ÉTUDE ET/OU DE RECHERCHE
PROJETÉ (Devise)

Source:

Somme:

COÛT TOTAL DU PROGRAMME
D'ÉTUDE ET/OU DE RECHERCHE
PROJETÉ (Devise)

Frais de scolarité:

Livres/accessoires:

Dépenses de la vie courante (incluant l'assurance):

Voyage:

Comment planifiez-vous de combler la différence entre le coût total du programme d'étude et / ou de recherche prévu et la somme accordée par la bourse de l'Académie?

Je comprends que toute bourse octroyée par l'Académie internationale de médecine aéronautique et spatiale doit être utilisée dans le seul but de poursuivre la formation académique à laquelle je postule. Je comprends aussi que toute subvention est pour mon usage exclusif et j'accepte de ne pas la partager avec qui que ce soit..

Signé:

Date

Nom en MAJUSCULES: