

## 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: scholarship@iaasm.org*

### SECTION I – À COMPLÉTER PAR LE CANDIDAT

**NOM ET PRÉNOM :**

**TITRE :**

**SEXE**

**ADRESSE :**

*Résidence:*

*Bureau :*

**TÉLÉPHONE :**

**(inclure indicatifs du pays et région)**

**TÉLÉCOPIEUR :**

**(inclure indicatifs du pays et région)**

**COURRIEL :**

**DATE DE NAISSANCE :**

**PAYS D'ORIGINE :**

**NATIONALITÉ :**

**ÉDUCATION**

**INSTITUTION**

**DATE**

*a) Premier cycle*

*b) Études médicales*

*c) 2<sup>e</sup> / 3<sup>e</sup> cycle*

*d) Autres*

### ACTIVITÉS DEPUIS LA GRADUATION

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

**ORGANISATION**

**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*)

**FUTURE CARRIÈRE**

*Veillez fournir un exposé sur vos intentions concernant la poursuite d'une carrière en médecine aéronautique et spatiale. Le comité des bourses insiste particulièrement sur les plans de carrière des candidats, tous les détails pertinents doivent donc être inclus. (SVP joindre un exposé d'une page)*

**DEMANDE DE BOURSE:**

**A. OBJET:** (*Fournir les détails de la formation en vue, inclure nom du cours, nom de l'Institution facilitant la recherche ou le cours, lieu, dates, les frais et le nom du directeur du cours.*)

Formation/Cours:

Institution:

Lieu:

Dates:

Frais de la formation ou du cours:

Directeur de la formation ou du cours:

**B. SOMME DEMANDÉE :** (*stipuler le coût total du programme désiré incluant les frais du cours et les dépenses courantes, puis ventiler.*)

**ACADÉMIE INTERNATIONALE DE MÉDECINE AÉRONAUTIQUE  
ET SPATIALE**

**DEMANDE D'UNE BOURSE D'ÉTUDE (suite)**

**C. AUTRES SOURCES de SUPPORT FINANCIER** (*spécifier source et montant*):

**À votre avis, pourquoi devriez-vous recevoir un support financier de l'Académie? Détaillez.**

*Si je suis 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 ou le Secrétaire général de l'Académie, de l'évolution de ma carrière.*

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 : **1<sup>ER</sup> AOÛT** DE L'ANNÉE COURANTE

Dr. Francisco Rios Tejada  
[scholarship@iaasm.org](mailto:scholarship@iaasm.org)

## DEMANDE D'UNE BOURSE D'ÉTUDE

### SECTION II – À COMPLÉTER PAR LE PARRAIN

*(Le parrain doit être un médecin avec expérience en médecine aéronautique et spatiale. Celui-ci doit bien connaître le candidat 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, au responsable du comité des bourses d'études.*

**NOM ET PRÉNOM**

**TITRE**

**ADRESSE (pour correspondance)**

**TÉLÉPHONE (incluant indicatifs du pays et région)**

**TÉLÉCOPIE (incluant indicatifs)**

**POSITION ACTUELLE**

ÊTES-VOUS UN MEMBRE DE 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 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 1<sup>er</sup> AOÛT DE L'ANNÉE COURANTE**

Dr. Francisco Rios Tejada -- [scholarship@iaasm.org](mailto:scholarship@iaasm.org)

## 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: *scholarship@iaasm.org*.

### SECTION III – À COMPLÉTER PAR LE CANDIDAT

NOM COMPLET

PRÉSENTE SOURCE DE REVENU (nom et prénom) 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 ATTENDU DURANT LA PÉRIODE DE L'ÉTUDE OU DE LA RECHERCHE (Devise) Source:  
Somme:

COÛT TOTAL DU PROGRAMME (Devise) Frais de cours:  
Livres/accessoires:  
Dépenses courantes (incluant assurance):  
Voyage:

#### **Comment planifiez-vous combler la différence entre le coût total de l'activité prévue et la somme accordée par la bourse de l'Académie?**

Toute bourse accordée par l'Académie internationale de médecine aéronautique et spatiale doit être utilisée dans le seul but de poursuivre la formation académique demandée. Toute subvention est pour mon usage exclusif et j'accepte de ne pas la partager avec une autre personne.

Signé: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Nom en MAJUSCULES: \_\_\_\_\_