



McGill

Dialogue McGill

PROGRAMME DE BOURSES DES RÉSEAUX COMMUNAUTAIRES EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX ANNÉE SCOLAIRE 2024-2025

FORMULAIRE 2: RECOMMANDATION COMMUNAUTAIRE

LES FORMULAIRES DE RÉFÉRENCE DOIVENT ÊTRE SOUMIS AU
RÉSEAU COMMUNAUTAIRE AU PLUS TARD

LE 7 MAI 2024

NOTE : VEUILLEZ TÉLÉCHARGER CE FORMULAIRE, L'OUVRIR ET LE REMPLIR SUR VOTRE ORDINATEUR AU MOYEN D'ADOBE READER XI OU PLUS. VOUS POUVEZ VOUS PROCURER GRATUITEMENT ADOBE READER, POUR WINDOWS, MAC OU ANDROID, EN VOUS RENDANT SUR [LE SITE ADOBE.](#)

**LA PAGE TITRE ET LA SECTION 1 DOIVENT ÊTRE COMPLÉTÉES PAR L'ÉTUDIANT.
LES SECTIONS 2 À 4 DOIVENT ÊTRE REMPLIES PAR LA PERSONNE DE RÉFÉRENCE.**

DEMANDE PARRAINÉE PAR:

Nom du réseau communautaire

POUR:

Nom de l'étudiant

POURSUIVANT DES ÉTUDES À:

Nom de la maison d'enseignement

DANS LE PROGRAMME:

Nom du programme d'études

SOUMISE LE:

(aaaa/mm/jj)

SOUMISE PAR:

Nom de la personne de référence

Le financement de ce programme a été assuré par Dialogue McGill grâce à une contribution financière de Santé Canada.

English version available at

<https://www.dialoguemcgill.ca/en/community-network-bursary-programs>

CONSIGNES POUR L'ÉTUDIANT**CONSIGNES POUR LA PERSONNE DE RÉFÉRENCE DE L'ÉTUDIANT****Section 1: Information sur le réseau communautaire (Cette section doit être remplie par l'étudiant.)**

Nom du réseau communautaire: _____ N° de téléphone: _____

Nom de la personne-ressource: _____ Courriel: _____

Section 2: Information sur la personne de référence (Cette section doit être remplie par la personne de référence.)

Nom de la personne de référence: _____

Nom de l'organisation: _____ Titre: _____

Adresse postale: _____

Municipalité: _____ Province: Québec Code postal: _____

N° de cellulaire: _____ N° de téléphone: _____ Courriel: _____

Section 3: Connaissance de la communauté d'expression anglaise de la région et engagement dans cette communauté (Cette section doit être remplie par la personne de référence)**3.1 Depuis combien de temps connaissez-vous l'étudiant?** _____**3.2 Pendant combien de temps l'étudiant a-t-il œuvré dans votre organisme ou communauté?** _____**3.3 Veuillez décrire votre relation avec l'étudiant: (Maximum 30 mots)****3.4 Veuillez décrire le degré de connaissance de l'étudiant quant à la communauté d'expression anglaise et son engagement dans cette communauté: (Maximum 200 mots)**

3.5 Comment l'étudiant peut-il avoir un impact sur l'offre de services aux personnes d'expression anglaise en travaillant dans le domaine de la santé et des services sociaux après la fin de ses études? (*Maximum 200 mots*)

3.6 Recommandez-vous ce candidat pour cette bourse?

- OUI sans réserve
 OUI avec réserve, mais je considère que cette personne mérite qu'on lui accorde cette chance parce que:

3.7 Pourquoi cet étudiant est-il un bon candidat tout particulièrement pour cette bourse? (*Maximum 200 mots*)

Section 4: Déclaration de la personne de référence

Je déclare que:

Les renseignements que j'ai fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets.

Nom

Date (aaaa/mm/jj)

La personne de référence doit enregistrer le formulaire puis le transmettre par courriel à la personne-ressource du réseau communautaire dont le nom apparaît à la Section 1 du formulaire.

Dialogue McGill



Santé
Canada

Health
Canada