



Programmes de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles  
Recherche en sciences de la santé  
Téléphone (819) 821-8000, poste 75362  
[Recherche-ScSante-Med@USherbrooke.ca](mailto:Recherche-ScSante-Med@USherbrooke.ca)

**Confirmation d'autonomie financière, disponibilité,  
langue et lieu de formation**

- Par la présente, je désire vous assurer de mon autonomie financière durant mes études graduées.
  
- Je suis disponible pour la réalisation de mon projet de recherche :
  - 40 h / semaine pour une inscription à temps complet
  - 20 h / semaine pour une inscription à temps partiel
  
- De plus, au moins un de mes diplômes antérieurs a été réalisé en français :  
Lequel ou lesquels : \_\_\_\_\_
  
- Lieu de formation :

<input type="checkbox"/> Sherbrooke	<input type="checkbox"/> Saguenay
<input type="checkbox"/> Longueuil	<input type="checkbox"/> Moncton

\_\_\_\_\_  
Nom de l'étudiant(e)

\_\_\_\_\_  
Signature de l'étudiant(e)

Date : \_\_\_\_\_