

CHANGEMENT DE STATUT ACADÉMIQUE



Ce formulaire doit être rempli par l'établissement d'enseignement pour tous les étudiants dont le statut académique a changé avant la date de fin de leur période d'études et doit être envoyé aux Services financiers pour étudiants (SFÉ) dès que le changement a lieu.

Remarque : Pour les étudiants qui ont transféré à un nouveau programme d'études au même établissement ou campus, veuillez remplir le formulaire *Avis de changement de programme d'études*.

N° d'étudiant

XXX	XXX		
-----	-----	--	--

Numéro d'assurance sociale

Prénom de l'étudiant

Nom de famille de l'étudiant

Nom de l'établissement d'enseignement

Nom du programme d'études

Raison du changement dans la situation de l'étudiant :

- Abandon des études
- Diminution à moins de 60 % d'une charge de cours à temps plein (40 % si l'étudiant a une invalidité permanente)
- Demande d'abandon en raison de progrès non satisfaisants
- Achèvement hâtif du programme
- Changement d'établissement d'enseignement ou campus du même établissement

Premier jour où l'étudiant était présent

Dernier jour où l'étudiant était présent à temps plein

JJ MM AAAA

JJ MM AAAA

Aide financière versé à l'établissement d'enseignement \$

Les frais réels facturés pour la période que l'étudiant était inscrit à temps plein :

Scolarité \$ Cotisation étudiante \$ Autre \$ Expliquez _____

Calcul du remboursement

Le montant de l'aide financière versé à l'établissement d'enseignement qui dépasse les frais réels facturés à l'étudiant **doivent être remboursés au Centre du service national de prêts aux étudiants (CSNPE)** dans les quatre semaines suivants le changement. Les remboursements **ne doivent pas** être émis à l'étudiant.

Frais payés sans utiliser l'aide financière \$ + L'aide financière versé à l'établissement d'enseignement \$ - Le total des frais réels facturés à l'étudiant \$ = Montant du remboursement au CSNPE \$

Avis au CSNPE

Le CSNPE doit être avisé du changement de statut de l'étudiant en utilisant le Portail de la confirmation d'inscription électronique ou en appelant 1 888 815 4514.

Nom et titre de la personne qui avise le CSNPE

Date le CSNPE était avisé

JJ MM AAAA

Montant du remboursement

\$

Date de l'envoi du remboursement au CSNPE

JJ MM AAAA

Chèque ou mandat payable au :

Centre de service national de prêts aux étudiants
C.P. 4030, Mississauga (Ontario) L5A 4M4

Représentant de l'établissement d'enseignement

Nom et titre de la personne qui remplit le présent formulaire (en lettre moulées)

Date

Téléphone

Signature de la personne qui remplit le présent formulaire

Courriel