



Nom du souscripteur		Enregistrement
Prénom et initiales	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> MME	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

REMPLIR SI CE RÉGIME EST CONJOINT « le co-souscripteur doit être l'époux ou le conjoint de fait (au sens des lois fiscales applicables) du premier souscripteur »

Nom du co-souscripteur	Prénom et initiales
------------------------	---------------------

DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE – La personne suivante est désignée à titre de bénéficiaire ayant droit de recevoir des paiements d'aide aux études. Chaque bénéficiaire doit être uni au souscripteur par les liens du sang ou de l'adoption. Sous réserve de certaines conditions, le souscripteur peut remplacer un ou des bénéficiaires en tout temps. Le souscripteur est tenu d'aviser par écrit le Promoteur de tout changement de résidence du bénéficiaire.

POUR ÊTRE ADMISSIBLE À LA SUBVENTION SUPPLÉMENTAIRE ET/OU AU BON D'ÉTUDES CANADIEN (BEC), LES BÉNÉFICIAIRES DOIVENT ÊTRE FRÈRE(S) ET/OU SŒUR(S).

Si les souscripteurs sont les GRANDS-PARENTS, veuillez nous indiquer votre choix :

- A) Dans ce régime, vous nommez QUE DES BÉNÉFICIAIRES ÉTANT **FRÈRES OU SŒURS**.
 B) Dans ce régime, vous nommez des BÉNÉFICIAIRES QUI SONT COUSINS, COUSINES, FRÈRES OU SŒURS.

Important: Les souscripteurs sont responsables d'effectuer une nouvelle mise à jour du présent formulaire lors de tout changement de statut.

Nom du bénéficiaire , prénom et initiales – N° 2			Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	N° d'assurance sociale	Résident canadien <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Lien avec le souscripteur
NOM ET PRÉNOM du parent ayant la garde ou du tuteur légal ou du responsable public si le bénéficiaire a moins de 19 ans OU si même que le souscripteur, veuillez cocher <input type="checkbox"/>			
ADRESSE : N° et rue, ville, province et code postal du bénéficiaire ou du parent ayant la garde ou du tuteur légal ou du responsable public si le bénéficiaire a moins de 19 ans			Téléphone – résidence

Nom du bénéficiaire , prénom et initiales – N° 3			Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	N° d'assurance sociale	Résident canadien <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Lien avec le souscripteur
NOM ET PRÉNOM du parent ayant la garde ou du tuteur légal ou du responsable public si le bénéficiaire a moins de 19 ans OU si même que le souscripteur, veuillez cocher <input type="checkbox"/>			
ADRESSE : N° et rue, ville, province et code postal du bénéficiaire ou du parent ayant la garde ou du tuteur légal ou du responsable public si le bénéficiaire a moins de 19 ans			Téléphone – résidence

SIGNATURE DU SOUSCRIPTEUR

DATE

SIGNATURE DU CO-SOUSCRIPTEUR

SIGNATURE DU FIDUCIAIRE

ACCEPTÉ PAR : (REPRÉSENTANT AUTORISÉ DE
VALEURS MOBILIÈRES BANQUE LAURENTIENNE)