



**CANADIAN FERTILITY AND ANDROLOGY SOCIETY
SOCIÉTÉ CANADIENNE DE FERTILITÉ ET D'ANDROLOGIE**

Formulaire d'attestation d'étudiant / stagiaire

Les étudiants diplômés, les résidents en médecine et les boursiers et les boursiers postdoctoraux doivent soumettre ce Formulaire au bureau de la SCFA lors de la demande d'adhésion d'un étudiant ou d'un stagiaire et / ou d'un étudiant inscription à la réunion annuelle de la SCFA ou à tout autre atelier ou événement. Si ce formulaire n'est pas rempli et soumis au bureau de la SCFA dans les 7 jours suivant l'enregistrement / le renouvellement l'adhésion, le bureau de la SCFA se réserve le droit de définir votre statut d'adhérent sur « en attente» (même si le paiement a été reçu) jusqu'à ce qu'une copie signée de ce formulaire soit fournie.

Pour l'événement inscription, il est recommandé à tous les étudiants et résidents de présenter également une carte d'étudiant ou un Carte d'identité du résident de l'hôpital au bureau d'inscription lors de l'enregistrement pour l'événement. Veuillez noter que les frais que vous devez payer pour l'adhésion à la SCFA et l'événement l'inscription est celle correspondant à votre niveau d'études ou d'emploi le plus élevé. Par exemple, si vous êtes déjà docteur en médecine et suivent des cours à temps partiel en vue d'un programme de maîtrise, il est attendus, vous paierez l'inscription du médecin.

CFAS se réserve le droit de refuser l'entrée à tout événement sur une inscription d'étudiant si le participant ne peut fournir la preuve qu'il ou elle est étudiant ou résident. Dans un tel scénario, le déclarant pourrait passer à l'une des options suivantes:

- SCFA remboursera l'inscription et la personne ne pourra pas assister à l'événement
- L'individu peut mettre le prix de son inscription étudiante sur l'achat d'un autre type d'enregistrement, puis payer la différence

Veuillez noter qu'aucun remboursement ne sera accordé pour ceux qui paient un événement régulier inscription et fournir les formulaires d'attestation des étudiants après la fin de l'événement.

En signant ci-dessous, j'atteste que la personne suivante est actuellement étudiante, résidente ou boursier travaillant sous ma supervision

Prénom : _____

Nom de Famille: _____

École / hôpital de résidence /affiliation: _____

Adresse de l'école: _____

Courriel: _____

Date: _____

Programme d'études (par exemple MSc. Biologie): _____



CANADIAN FERTILITY AND ANDROLOGY SOCIETY
SOCIÉTÉ CANADIENNE DE FERTILITÉ ET D'ANDROLOGIE

Nom du superviseur: _____

Signature du superviseur _____

Coordonnées du superviseur:

Téléphone: _____ **Courriel:** _____