



ANNEXE A - Bénéficiaires supplémentaires

DEMANDE : Subvention canadienne pour l'épargne-études (SCEE) et Bon d'études canadien (BEC)

Directives :

1. La présente annexe doit être remplie par le parent ayant la garde ou le tuteur légal des bénéficiaires.
2. S'il y a des cousins dans le régime enregistré d'épargne-études (REEE), une copie distincte de l'annexe doit être remplie par chaque parent ayant la garde ou tuteur légal de leurs enfants. Toutefois, veuillez noter que tous les bénéficiaires désignés dans le REEE doivent être des frères ou sœurs pour recevoir la majoration du montant de la SCEE (SCEE supplémentaire) et le BEC.
3. Conservez une copie pour vos dossiers.

Fournisseur de REEE

REEE - N° de contrat

Nom de famille du souscripteur

Prénom du souscripteur

Nom de famille du parent ayant la garde ou le tuteur légal

Prénom du parent ayant la garde ou le tuteur légal

A-1

Renseignements sur les bénéficiaires

Les bénéficiaires sont les enfants nommés par le souscripteur qui recevront les incitatifs à l'épargne-études pour les aider à payer leurs études postsecondaires s'ils sont admissibles en vertu des modalités du REEE.

IMPORTANT :
Assurez-vous que le nom de chaque **bénéficiaire** est inscrit exactement tel qu'il figure sur son document relatif au numéro d'assurance sociale.

Nom de famille du bénéficiaire	Prénom du bénéficiaire	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Genre	Numéro d'assurance sociale (999 999 999)
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin <input type="radio"/> Un autre genre	<input type="text"/>

Nom de famille du bénéficiaire	Prénom du bénéficiaire	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Genre	Numéro d'assurance sociale (999 999 999)
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin <input type="radio"/> Un autre genre	<input type="text"/>

Nom de famille du bénéficiaire	Prénom du bénéficiaire	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Genre	Numéro d'assurance sociale (999 999 999)
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin <input type="radio"/> Un autre genre	<input type="text"/>

Nom de famille du bénéficiaire	Prénom du bénéficiaire	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Genre	Numéro d'assurance sociale (999 999 999)
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin <input type="radio"/> Un autre genre	<input type="text"/>

Nom de famille du bénéficiaire	Prénom du bénéficiaire	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Genre	Numéro d'assurance sociale (999 999 999)
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin <input type="radio"/> Un autre genre	<input type="text"/>

S'il y a plus de cinq bénéficiaires, joignez des copies supplémentaires de la présente annexe.

This form is available in English