


**Canada Post Corporation Registered Pension Plan
Declaration of Attendance at an
Educational Institution**
**Régime de pension agréé de la Société canadienne des postes
Déclaration de fréquentation d'un établissement
d'enseignement**

*see terms and conditions on the back of the form

*voir les termes et conditions au dos du formulaire

Section A (to be completed by the Dependent Child)**Partie A (à être remplie par l'enfant à charge)****Instructions to Student**

The information you provide below is collected under the authority of Canada Post Corporation for the administration of the Canada Post Corporation Registered Pension Plan. The completion of this form is mandatory and all information will be protected.

You must be presently enrolled as a full-time student at an Educational Institution before completing Section A of this declaration and Section B can only be completed, signed and dated after commencement of each academic year.

If you are applying for an allowance for the first time, complete a declaration for each Educational Institution attended since attaining age 18 or since the member's death, whichever is later.

Please Print**Directives à l'élève**

Les renseignements que vous êtes tenu(e) de fournir sont recueillis, avec l'autorisation de la Société canadienne des postes aux fins de l'application du Régime de pension agréé de la Société canadienne des postes. Il est obligatoire de remplir ce formulaire. Tous les renseignements que vous inscrirez seront protégés.

Vous devez être actuellement inscrit comme étudiant à temps plein, dans un établissement d'enseignement avant de pouvoir remplir la section A de cette déclaration. La section B ne peut être remplie, signée et datée qu'après le début de chaque année scolaire.

Si c'est votre première demande d'allocation, vous devez remplir une déclaration distincte à l'égard de chaque établissement d'enseignement fréquenté depuis l'âge de 18 ans ou depuis le décès du cotisant, selon la dernière de ces éventualités.

S'il vous plaît écrire en majuscules

Deceased Member's Surname Nom du cotisant décédé		Given Name & Init. Prénom et Init.		Date of Death Date du décès Year Année M M D J	
Dependent Child's Surname Nom de l'enfant à charge		Given Name & Init. Prénom et Init.		Date of Birth Date de naissance Year Année M M D J	
Mailing Address Adresse postale					
City Ville		Province		Postal Code Code postal	
Country Pays					
Telephone No. N° de téléphone (incl area code) (incl. indicatif régional)		Full time studies Études à plein temps Yes Oui <input type="checkbox"/> No Non <input type="checkbox"/>		If full time student indicate: Si l'élève est à temps plein, cochez : Day Jour <input type="checkbox"/> Evening Soir <input type="checkbox"/> By correspondence Par correspondance <input type="checkbox"/>	
Enrolled in Faculty or Program Inscrit à un programme d'études ou à une faculté				Apprenticeship Program Programme d'apprentissage Yes Oui <input type="checkbox"/> No Non <input type="checkbox"/>	
Full duration (e.g. Sept 2009 to April 2013) Month Mois Year Année		Durée complète (p. ex. sept 2009 à avril 2013) Month Mois Year Année		Current Semester or Academic Year (e.g. Sept 2009 to April 2010) Month Mois Year Année	
Semestre ou année scolaire en cours (p. ex. sept 2009 à avril 2010) Month Mois Year Année		To À			
Continuous attendance in the above program to the present date Présence ininterrompue au programme susnommé jusqu'à ce jour		Yes Oui <input type="checkbox"/> No Non <input type="checkbox"/>		If you have not attended the above program since attaining 18 or since the member's date of death, whichever occurred later, please attach a statement giving the duration and reasons for any absence. Si vous n'avez pas fréquenté l'établissement d'enseignement susnommé depuis l'âge de 18 ans ou depuis la date du décès du cotisant, selon la dernière de ces éventualités, veuillez annexer une déclaration de la durée et les raisons de l'interruption.	
I hereby declare that, to the best of my knowledge and belief, the information given above is true and complete and I undertake to notify the Canada Post Pension Centre should I interrupt or terminate attendance at the Educational Institution noted in Section B. I hereby authorize the said Educational Institution to provide the Canada Post Pension Centre with the information regarding my enrollment and attendance. I also understand that it is an offence to make a false or misleading statement in this declaration.			Par la présente, je déclare qu'à ma connaissance les renseignements contenus dans cette déclaration sont vrais et complets et que si j'interromps mes cours ou que je cesse de fréquenter l'établissement d'enseignement mentionné dans la section B, je m'engage à en avvertir le Centre du régime de retraite de Postes Canada. J'autorise l'établissement d'enseignement susmentionné à fournir au Centre du régime de retraite de Postes Canada les renseignements relatifs à mon inscription et à ma fréquentation. Je comprends que toute réponse fautive ou trompeuse dans la présente déclaration constitue une infraction.		
Dependent Child's Signature Signature de l'enfant à charge				Date	

Section B (to be completed by the Educational Institution)**Partie B (à être remplie par l'établissement d'enseignement)**

This section must only be completed, signed and dated after the student completes all appropriate areas in Section A and after the actual attendance commences.

Cette section devra être remplie, signée et datée seulement quand l'élève aura rempli toutes les cases appropriées de la section A et après que celui-ci ait commencé à suivre ses cours.

To the best of our knowledge and belief, the answers in Section A are correct except as noted hereunder.

À notre connaissance, les réponses données dans la section A sont exactes sous réserves des observations suivantes.

Name of Educational Institution Nom de l'établissement d'enseignement		Registrar's Stamp or Seal		Timbre ou sceau du registraire	
Address Adresse					
Postal code Code postal		Country Pays		Telephone No. Numéro de téléphone (incl area code) (incl. indicatif régional)	
Authorized Official's Title Titre de l'agent autorisé			Authorized Official's Name Nom de l'agent autorisé		
Signature			Date		

When completed send this form to:
Lorsque rempli envoyez ce formulaire à :



Canada Post Pension Centre
PO BOX 2073
MISSISSAUGA ON L5B 3C6

Centre du régime de retraite de Postes Canada
CP 2073
MISSISSAUGA ON L5B 3C6

