**CANADIAN SOCIETY FOR HORTICULTURAL SCIENCE (CSHS)**

**SOCIÉTÉ CANADIENNE DE SCIENCE HORTICOLE (SCSH)**

**Graduate Student Travel Award Application Form**

**Formulaire d’application de bourse de voyage pour étudiants gradués**

*Open to CSHS Graduate Student Members within Canada only*

*Ouvert aux étudiants gradués membres de SCSH au Canada uniquement*

|  |  |
| --- | --- |
| **Information** |  |
| Student’s name Nom de l’étudiant |  |
| Present level of studyNiveau d’étude présentement | Master of ScienceMaîtrise en science |  | DoctorateDoctorat |  |
| Institution |  |
| Department Département |  |
| Mailing addressAdresse postale |  |
| E-mail addressCourriel |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Questions :** | Yes | Oui | No | Non |
| Are you giving an oral presentation?Ferez-vous une présentation orale?  |  |  |
| Are you giving a poster presentation?Ferez-vous une affiche?  |  |  |
| Are you a student member of the CSHS?Ȇtes-vous membre étudiant de SCSH?  |  |  |
| **Title of your Presentation | Titre de votre présentation :** |
|  |
| **Abstract | Résumé :** |
|  |
| **Budget Information | Information budgétaire :***In the space below, list all sources and amounts of revenues and expenses you expect to acquire.* *Dans l’espace ci-dessous, listez toutes les sources et montants de revenus et de dépenses anticipés.* |
|  |
| **Value of Attendance | Valeur de participation :***In the space below, describe how your participation at this conference will benefit you.* | *Dans l’espace ci-dessous, indiquez comment votre participation à cette conférence vous sera bénéfique.* |
|  |

**AGREEMENT | ACCORD**

I acknowledge that the information I have provided above is accurate.

Je reconnais que les informations fournies ci-dessus sont exactes.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Signature** | **Print Name | Écrire nom** | **Date** |
|  |  |  |

***Please attach a letter of support from your supervisor***

***S’il vous plait attachez une lettre de Soutien de votre superviseur***

Once completed, e-mail this form and a pdf of your supervisor’s letter of support with their signature to Dr. Vasantha Rupasinghe.

Une fois complété, envoyez par courriel ce formulaire et la lettre de soutien de votre superviseur portant sa signature en format pdf à Dr. Vasantha Rupasinghe.

vrupasinghe@dal.ca

**Deadline | Date limite: March 1, 2025**