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

**Société Canadienne de Science Horticole (SCSH)**

**Graduate Student/Étudiant Gradué**

**Travel Award Application Form/Formulaire d’application de bourse de voyage**

***Open to CSHS Graduate Student Members within Canada only/Ouvert aux étudiants gradués membres de SCSH au Canada uniquement***

**STUDENT’S NAME/NOM DE L’ÉTUDIANT:**

**DEGREE/ GRADE:**

**INSTITUTION:**

**DEPARTMENT/DÉPARTEMENT:**

**Mailing Address /Adresse postale:**

**e-mail address/Courriel:**

Are you giving an oral presentation/Ferez-vous une présentation orale? Yes/Oui or No/Non

Are you giving a poster presentation/Ferez-vous une affiche? Yes/Oui or No/Non

Are you a student member of the CSHS/Ȇtes-vous étudiant membre de SCSH? Yes/Oui or No/Non

**Title of your Presentation/Titre de votre présentation: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Abstract/Résumé:**

**Budget Information/Information budget**: 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.

**How will your participation at this conference benefit you?/Votre participation à cette conférence vous sera-t-elle 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Print Name/Écrire le nom:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***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 his/her signature to/Une fois complété, envoyez par e-mail 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: July 21, 2022**