

Veillez retourner ce formulaire par une [demande de service](#).

INFORMATION SUR L'ÉTUDIANT

NOM DE L'ÉTUDIANT

N° ÉTUDIANT

NOM DU SUPERVISEUR

NOM DU CO-SUPERVISEUR (LE CAS ÉCHÉANT)

PROGRAMME D'ÉTUDES SUPÉRIEURES

- | | | |
|--------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> M.Sc. | <input type="checkbox"/> BIOCHIMIE | <input type="checkbox"/> MICROBIOLOGIE ET IMMUNOLOGIE |
| <input type="checkbox"/> Ph.D. | <input type="checkbox"/> ÉPIDÉMIOLOGIE | <input type="checkbox"/> NEUROSCIENCE |
| | <input type="checkbox"/> MEDECINE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE | |

CETTE SECTION DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE PAR L'ÉTUDIANT ET/OU LE SUPERVISEUR

VEUILLEZ NOMMER TOUS LES MEMBRES DU JURY DE THÈSE POUR L'EXAMEN DE SYNTHÈSE

NOM

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

COURRIEL

NOM

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

COURRIEL

NOM

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

COURRIEL

SIGNATURES

SIGNATURE (SUPERVISEUR)

DATE (JJ-MM-AAAA)

SIGNATURE (CO-SUPERVISEUR) (LE CAS ÉCHÉANT)

DATE (JJ-MM-AAAA)

SIGNATURE (DIRECTEUR DU PROGRAMME D'ÉTUDES SUPÉRIEURES)

DATE (JJ-MM-AAAA)

POUR USAGE INTERNE