

Veillez retourner ce formulaire par une [demande de service](#) accompagné de votre rapport de progrès.

INFORMATION SUR L'ÉTUDIANT

NOM DE L'ÉTUDIANT _____ N° ÉTUDIANT _____ PREMIER TRIMESTRE D'INSCRIPTION (MM-AAAA) _____

NOM DU SUPERVISEUR _____ NOM DU CO-SUPERVISEUR _____

INFORMATION SUR LA RÉUNION

DATE DE LA RÉUNION (JJ-MM-AAAA) _____ N° DE LA RÉUNION DU CDT (EX: 1, 2, 3) _____

PROGRAMME D'ÉTUDES SUPÉRIEURES

- M.Sc. BIOCHIMIE MÉDECINE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE NEUROSCIENCE
 Ph.D. ÉPIDÉMIOLOGIE MICROBIOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

ÉVALUATION PAR LE COMITÉ DE THÈSE

CONNAISSANCE DE LA LITTÉRATURE	<input type="checkbox"/> EXCELLENT	<input type="checkbox"/> TRÈS BIEN	<input type="checkbox"/> SATISFAISANT	<input type="checkbox"/> INSATISFAISANT
OBJECTIFS ET HYPOTHÈSE	<input type="checkbox"/> EXCELLENT	<input type="checkbox"/> TRÈS BIEN	<input type="checkbox"/> SATISFAISANT	<input type="checkbox"/> INSATISFAISANT
PLAN DE RECHERCHE	<input type="checkbox"/> EXCELLENT	<input type="checkbox"/> TRÈS BIEN	<input type="checkbox"/> SATISFAISANT	<input type="checkbox"/> INSATISFAISANT
RENDEMENT DE LA RECHERCHE	<input type="checkbox"/> EXCELLENT	<input type="checkbox"/> TRÈS BIEN	<input type="checkbox"/> SATISFAISANT	<input type="checkbox"/> INSATISFAISANT
PRÉSENTATION ÉCRITE	<input type="checkbox"/> EXCELLENT	<input type="checkbox"/> TRÈS BIEN	<input type="checkbox"/> SATISFAISANT	<input type="checkbox"/> INSATISFAISANT
PRÉSENTATION ORAL	<input type="checkbox"/> EXCELLENT	<input type="checkbox"/> TRÈS BIEN	<input type="checkbox"/> SATISFAISANT	<input type="checkbox"/> INSATISFAISANT
RENDEMENT GLOBAL DE L'ÉTUDIANT	<input type="checkbox"/> EXCELLENT	<input type="checkbox"/> TRÈS BIEN	<input type="checkbox"/> SATISFAISANT	<input type="checkbox"/> INSATISFAISANT

**DEUX RENDEMENTS
GLOBAUX
INSATISFAISANTS
CONSÉCUTIFS
DE L'ÉTUDIANT
ENTRAÎNERONT SON
RETRAIT IMMÉDIAT
DU PROGRAMME.**

INFORMATION SUR LA PROCHAINE RÉUNION (SEULEMENT SI LA RÉUNION DOIT AVOIR LIEU AVANT LES DOUZE MOIS RÉGLEMENTAIRES)

LA PROCHAINE RÉUNION DOIT AVOIR LIEU LE: _____
DATE (JJ-MM-AAAA)

LE NON-RESPECT PEUT ENGENDRER UNE NOTE INSATISFAISANTE

IDENTIFIER LA RAISON POUR LAQUELLE UNE RENCONTRE DOIT AVOIR LIEU AVANT LES DOUZE MOIS RÉGLEMENTAIRES :

- D'IMPORTANTES PROBLÈMES ONT ÉTÉ SOULEVÉS (Veillez décrire les problèmes et les solutions dans les commentaires)
 LE PROJET N'EST PAS VIABLE ET UNE NOUVELLE ORIENTATION DOIT ÊTRE ENVISAGÉE

**VEUILLEZ JUSTIFIER VOTRE ÉVALUATION (PROGRÈS RELATIFS AUX COURS ET À LA RECHERCHE, FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDIANT)
(DOIT ÊTRE COMPLÉTÉ PAR LE COMITÉ DE THÈSE)**

SIGNATURES DES MEMBRES DU COMITÉ DE THÈSE

NOM DU MEMBRE DU CDT (EN LETTRES MOULÉES) SIGNATURE DATE (JJ-MM-AAAA)

NOM DU MEMBRE DU CDT (EN LETTRES MOULÉES) SIGNATURE DATE (JJ-MM-AAAA)

NOM DU MEMBRE DU CDT (EN LETTRES MOULÉES) SIGNATURE DATE (JJ-MM-AAAA)

RAPPORT DU COMITÉ DE THÈSE (Suite)

EVALUATION PAR LE SUPERVISEUR (ET, LE CAS ÉCHÉANT, LE CO-SUPERVISEUR)

SIGNATURE (SUPERVISEUR)

DATE (JJ-MM-AAAA)

SIGNATURE (CO-SUPERVISEUR)

DATE (JJ-MM-AAAA)

DÉCLARATION DE L'ÉTUDIANT

JE RECONNAIS AVOIR LU L'ÉVALUATION FAITE PAR LES MEMBRES DU COMITÉ DE THÈSE ET PAR MON SUPERVISEUR.

SIGNATURE (ÉTUDIANT)

DATE (JJ-MM-AAAA)