

*Veillez soumettre ce formulaire par demande de service sous la catégorie Comité de thèse (TAC/CDT).
N.B. : appuyer sur le bouton "TOUT" pour afficher l'ensemble des catégories.*

INFORMATION SUR L'ÉTUDIANT·E

NOM DE L'ÉTUDIANT·E _____ N° D'ÉTUDIANT _____ PREMIER TRIMESTRE D'INSCRIPTION (MM-AAAA) _____
NOM DU/DE LA SUPERVISEUR·E _____ NOM DU/DE LA CO-SUPERVISEUR·E _____

INFORMATION SUR LA RÉUNION

DATE DE LA RÉUNION (JJ-MM-AAAA)

N° DE LA RÉUNION DU CDT (EX: 1, 2, 3)

PROGRAMME MMT/D'ÉTUDES SUPÉRIEURES

MMT / M.Sc.

BIOCHIMIE

MICROBIOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

MMT/ Ph.D.

MÉDECINE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE

NEUROSCIENCE

ÉVALUATION PAR LE COMITÉ DE THÈSE

CONNAISSANCE DE LA LITTÉRATURE	<input type="checkbox"/> EXCELLENT	<input type="checkbox"/> TRÈS BIEN	<input type="checkbox"/> BIEN	<input type="checkbox"/> SATISFAISANT	<input type="checkbox"/> INSATISFAISANT
OBJECTIFS ET HYPOTHÈSE	<input type="checkbox"/> EXCELLENT	<input type="checkbox"/> TRÈS BIEN	<input type="checkbox"/> 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"/> BIEN	<input type="checkbox"/> SATISFAISANT	<input type="checkbox"/> INSATISFAISANT
PRÉSENTATION ÉCRITE	<input type="checkbox"/> EXCELLENT	<input type="checkbox"/> TRÈS BIEN	<input type="checkbox"/> BIEN	<input type="checkbox"/> SATISFAISANT	<input type="checkbox"/> INSATISFAISANT
PRÉSENTATION ORAL	<input type="checkbox"/> EXCELLENT	<input type="checkbox"/> TRÈS BIEN	<input type="checkbox"/> BIEN	<input type="checkbox"/> SATISFAISANT	<input type="checkbox"/> INSATISFAISANT
	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
RENDEMENT GLOBAL DE L'ÉTUDIANT	<input type="checkbox"/> EXCELLENT	<input type="checkbox"/> TRÈS BIEN	<input type="checkbox"/> BIEN	<input type="checkbox"/> SATISFAISANT	<input type="checkbox"/> INSATISFAISANT
	(19-20)	(17-18)	(15-16)	(13-14)	(11-12)

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·E)
(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)

NOTE FINALE (SUR 20) BASÉE SUR L'ÉVALUATION DE LA PAGE PRÉCÉDENTE

NOTE FINALE (/20)

ÉVALUATION PAR LE/LA SUPERVISEUR·E (ET LE/LA CO-SUPERVISEUR·E)

SIGNATURE (SUPERVISEUR·E)

DATE (JJ-MM-AAAA)

SIGNATURE (CO-SUPERVISEUR·E)

DATE (JJ-MM-AAAA)

DÉCLARATION DE L'ÉTUDIANT·E

JE RECONNAIS AVOIR LU L'ÉVALUATION FAITE PAR LES MEMBRES DU COMITÉ DE THÈSE ET PAR MON/MA SUPERVISEUR·E

SIGNATURE (ÉTUDIANT·E)

DATE (JJ-MM-AAAA)

SIGNATURES DES DIRECTEURS/TRICES

SIGNATURE DU/DE LA DIRECTEUR·TRICE DU PROGRAMME DE PREMIER CYCLE

DATE (JJ-MM-AAAA)

SIGNATURE DU/DE LA DIRECTEUR·TRICE DU PROGRAMME DE DEUXIÈME CYCLE

DATE (JJ-MM-AAAA)