

DEMANDE DE NOTE DIFFÉRÉE (DFR) - COURS DE PREMIER CYCLE

Le symbole DFR est utilisé lorsque, selon le jugement de l'autorité compétente, l'étudiant n'a pas satisfait aux exigences du cours pour une raison valable. L'étudiant devra compléter ces exigences dans un délai déterminé par le professeur et approuvé par l'École, mais n'excédant pas 12 mois après la fin du trimestre. Si, à la fin de ce délai, aucune note n'est parvenue au Bureau des études, le symbole DFR sera remplacé par le symbole EIN (0).

IMPORTANT:

- Une demande de note différée peut avoir des incidences sur l'inscription. Si les exigences du cours différé n'ont pas été satisfaites avant la date limite de l'affichage des notes finales du trimestre, l'étudiant sera désinscrit des cours pour lesquels ce cours est préalable.
- L'attribution de votre diplôme pourrait être retardée.

ÉTUDIANT									
NOM DE FAMILLE			PRÉNOMS				N° ÉTUDIANT		
PROGRAMME D'ÉTUDES									
<input type="checkbox"/> SCIENCES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE			<input type="checkbox"/> SCIENCES DE LA SANTÉ			<input type="checkbox"/> SCIENCES INFIRMIÈRES		<input type="checkbox"/> SCIENCES DE LA NUTRITION	
COTE DU COURS	SECTION	TITRE DU COURS				NOM DU PROFESSEUR			
SESSION	<input type="checkbox"/> AUTOMNE (SEP. - DÉC.)	ANNÉE	<input type="checkbox"/> HIVER (JANV. - AVRIL)	ANNÉE	<input type="checkbox"/> AUTOMNE-HIVER (SEP. - AVRIL)	ANNÉE	<input type="checkbox"/> PRINTEMPS - ÉTÉ (MAI-AOÛT)	ANNÉE	
		2 0		2 0		2 0 - 2 0		2 0	
MOTIF DE LA DEMANDE * <input type="checkbox"/> MÉDICAL <input type="checkbox"/> VOIR LE DOCUMENT CI-JOINT <input type="checkbox"/> AUTRE, PRÉCISEZ :									

* VEUILLEZ JOINDRE TOUT DOCUMENT JUSTIFICATIF À CETTE DEMANDE.

PROFESSEUR									
<input type="checkbox"/> DFR ACCORDÉ	DATE EXAMEN DIFFÉRÉ	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 33%;">ANNÉE</td> <td style="width: 33%;">MOIS</td> <td style="width: 33%;">JOUR</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	ANNÉE	MOIS	JOUR				HEURE EXAMEN DIFFÉRÉ _____ AM PM LIEU _____
	ANNÉE	MOIS	JOUR						
CONDITIONS ET COMMENTAIRES									
<input type="checkbox"/> DFR REFUSÉ	RAISON DU REFUS								
			DATE						
			SIGNATURE (PROFESSEUR)						

Je confirme que j'ai lu et que je comprends les instructions et les exigences énoncées dans le présent formulaire et que tous les renseignements et documents fournis avec ma demande d'examen différé sont exacts et véridiques. De plus, je confirme avoir pris note de la date et de l'heure de mon examen différé.

DATE _____ SIGNATURE (ÉTUDIANT) _____

APPROBATION DU DIRECTEUR DE PROGRAMME

DATE _____ SIGNATURE (DIRECTEUR DU PROGRAMME) _____