

Veuillez 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 _____

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 COMITÉ DE DIRECTION DE THÈSE

(MINIMUM DE 2 (M.SC.) – MINIMUM DE 3 (PH.D.) – MAXIMUM DE 4 MEMBRES)

NOM NUMÉRO DE TÉLÉPHONE COURRIEL

NOM NUMÉRO DE TÉLÉPHONE COURRIEL

NOM NUMÉRO DE TÉLÉPHONE COURRIEL

NOM NUMÉRO DE TÉLÉPHONE COURRIEL

SIGNATURES

SIGNATURE (ÉTUDIANT) DATE (JJ-MM-AAAA)

SIGNATURE (SUPERVISEUR) DATE (JJ-MM-AAAA) _____
SIGNATURE (CO-SUPERVISEUR) DATE (JJ-MM-AAAA)

SIGNATURE (DIRECTEUR DU PROGRAMME D'ÉTUDES SUPÉRIEURES) DATE (JJ-MM-AAAA)