



uOttawa

Faculté de médecine
Faculty of Medicine

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

INFORMATION SUR L'ÉTUDIANT

NOM DE L'ÉTUDIANT

NO ÉTUDIANT

NOM DU SUPERVISEUR

NOM DU CO-SUPERVISEUR

TITRE DU MÉMOIRE :

RÉSUMÉ – Le résumé (d'environ 250 mots) doit inclure le contexte, les objectifs et les méthodes.

SIGNATURES

SIGNATURE (ÉTUDIANT)

DATE (JJ-MM-AA)

SIGNATURE (SUPERVISEUR)

DATE (JJ-MM-AA)

SIGNATURE (CO-SUPERVISEUR)

DATE (JJ-MM-AA)

SIGNATURE (DIRECTEUR DU PROGRAMME)

DATE (JJ-MM-AA)