

Veillez 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 (LE CAS ÉCHÉANT)

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 JURY DE THÈSE POUR L'[EXAMEN DE TRANSFER](#).

NOM

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

COURRIEL

NOM

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

COURRIEL

NOM

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

COURRIEL

SIGNATURES

SIGNATURE (SUPERVISEUR)

DATE (JJ-MM-AAAA)

SIGNATURE (CO-SUPERVISEUR) (LE CAS ÉCHÉANT)

DATE (JJ-MM-AAAA)

SIGNATURE (DIRECTEUR DU PROGRAMME D'ÉTUDES SUPÉRIEURES)

DATE (JJ-MM-AAAA)

POUR USAGE INTERNE