

Veillez retourner ce formulaire par une [demande de service](#) accompagné de votre rapport de progrès.

INFORMATION SUR L'ÉTUDIANT

NOM DE L'ÉTUDIANT _____ N° ÉTUDIANT _____ PREMIER TRIMESTRE D'INSCRIPTION (MM-AAAA) _____

NOM DU SUPERVISEUR _____ NOM DU CO-SUPERVISEUR _____

INFORMATION SUR LA RÉUNION

DATE DE LA RÉUNION (JJ-MM-AAAA) _____ N° DE LA RÉUNION DU CDT (EX: 1, 2, 3) _____

PROGRAMME D'ÉTUDES SUPÉRIEURES

- M.Sc. BIOCHIMIE MÉDECINE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE NEUROSCIENCE
 Ph.D. ÉPIDÉMIOLOGIE MICROBIOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

ÉVALUATION PAR LE COMITÉ DE THÈSE

- | | | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---|
| CONNAISSANCE DE LA LITTÉRATURE | <input type="checkbox"/> EXCELLENT | <input type="checkbox"/> TRÈS BIEN | <input type="checkbox"/> SATISFAISANT | <input type="checkbox"/> INSATISFAISANT |
| OBJECTIFS ET HYPOTHÈSE | <input type="checkbox"/> EXCELLENT | <input type="checkbox"/> TRÈS BIEN | <input type="checkbox"/> SATISFAISANT | <input type="checkbox"/> INSATISFAISANT |
| PLAN DE RECHERCHE | <input type="checkbox"/> EXCELLENT | <input type="checkbox"/> TRÈS 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"/> SATISFAISANT | <input type="checkbox"/> INSATISFAISANT |
| PRÉSENTATION ÉCRITE | <input type="checkbox"/> EXCELLENT | <input type="checkbox"/> TRÈS BIEN | <input type="checkbox"/> SATISFAISANT | <input type="checkbox"/> INSATISFAISANT |
| PRÉSENTATION ORAL | <input type="checkbox"/> EXCELLENT | <input type="checkbox"/> TRÈS BIEN | <input type="checkbox"/> SATISFAISANT | <input type="checkbox"/> INSATISFAISANT |
| RENDEMENT GLOBAL DE L'ÉTUDIANT | <input type="checkbox"/> EXCELLENT | <input type="checkbox"/> TRÈS BIEN | <input type="checkbox"/> SATISFAISANT | <input type="checkbox"/> INSATISFAISANT |

**DEUX RENDEMENTS
GLOBAUX
INSATISFAISANTS
CONSÉCUTIFS
DE L'ÉTUDIANT
ENTRAÎNERONT SON
RETRAIT IMMÉDIAT
DU PROGRAMME.**

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)
(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) _____

EVALUATION PAR LE SUPERVISEUR (ET, LE CAS ÉCHÉANT, LE CO-SUPERVISEUR)

SIGNATURE (SUPERVISEUR)

DATE (JJ-MM-AAAA)

SIGNATURE (CO-SUPERVISEUR)

DATE (JJ-MM-AAAA)

DÉCLARATION DE L'ÉTUDIANT

JE RECONNAIS AVOIR LU L'ÉVALUATION FAITE PAR LES MEMBRES DU COMITÉ DE THÈSE ET PAR MON SUPERVISEUR.

SIGNATURE (ÉTUDIANT)

DATE (JJ-MM-AAAA)