

Veillez soumettre ce formulaire par [demande de service](#) sous la catégorie Comité de thèse (TAC/CDT).
N.B. : appuyer sur le bouton "TOUT" pour afficher l'ensemble des catégories.

INFORMATION SUR L'ÉTUDIANT

NOM DE L'ÉTUDIANT

N° ÉTUDIANT

NOM DU SUPERVISEUR

NOM DU CO-SUPERVISEUR

PROGRAMME D'ÉTUDES

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> MMT/M.Sc. | <input type="checkbox"/> M.Sc. | <input type="checkbox"/> BIOCHIMIE | <input type="checkbox"/> MICROBIOLOGIE ET IMMUNOLOGIE |
| <input type="checkbox"/> MMT/Ph.D. | <input type="checkbox"/> Ph.D. | <input type="checkbox"/> ÉPIDÉMIOLOGIE | <input type="checkbox"/> NEUROSCIENCE |
| | | <input type="checkbox"/> MÉDECINE 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)