

**ABSENCE AUX EXAMENS  
POUR TOUTE AUTRE RAISON  
QUE MÉDICALE**

**IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT**

\_\_\_\_\_  
Nom à la naissance

\_\_\_\_\_  
Prénom

\_\_\_\_\_  
Programme

\_\_\_\_\_  
Code permanent

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone

\_\_\_\_\_  
Code du programme

\_\_\_\_\_  
Courriel de l'étudiant-e

\_\_\_\_\_  
Date de naissance

\_\_\_\_\_  
Date de naissance

**IDENTIFICATION DU COURS**

\_\_\_\_\_  
Sigle du cours

\_\_\_\_\_  
Groupe

\_\_\_\_\_  
Titre du cours :

\_\_\_\_\_  
Nom de l'enseignant-e

\_\_\_\_\_  
Signature de l'étudiant-e

\_\_\_\_\_  
Date de l'examen initial :

\_\_\_\_\_  
Date :

**MOTIF DE L'ABSENCE (IL EST OBLIGATOIRE DE JOINDRE UNE PREUVE APPROPRIÉE)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**RÉPONSE DE L'ENSEIGNANT-E**

\_\_\_\_\_  
Demande refusée

\_\_\_\_\_  
Demande acceptée

\_\_\_\_\_  
Signature de l'enseignant - Date

\_\_\_\_\_  
Date de l'examen de reprise :