UQÀM
Université du Québec à Montréal

Département de mathématiques

ABSENCE AUX EXAMENS POUR RAISON MÉDICALE

IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT

Nom à la naissance _____ Code permanent _____

Prénom _____ Numéro de téléphone _____ Date de naissance (Jour Mois Année) _____

Programme _____ Code du programme _____ Courrier électronique _____

IDENTIFICATION DU COURS

Sigle du cours _____ Groupe _____ Titre du cours : _____

Nom de l'enseignant-e _____ Date de l'examen initial : _____

Signature de l'étudiant-e _____ Date : _____

JUSTIFICATION DE LA DEMANDE

_____

_____

_____

_____

JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL (OBLIGATOIRE) ATTESTANT VOTRE INCAPACITÉ À VOUS PRÉSENTER À VOTRE EXAMEN

CERTIFICAT JOINT
❑ OUI ❑ NON

RÉPONSE DE L'ENSEIGNANT-E

Demande refusée ❑

Demande acceptée ❑

Date de l'examen de reprise : _____

_____
Signature de l'enseignant - Date

Copies : Enseignant-e – Département de mathématiques – Responsable du programme