Faculté de médecine
Université de Montréal

REPORT D'EXAMEN DE SYNTHÈSE
ÉTUDES SUPÉRIEURES

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Matricule :** _____

Trimestre d'admission : _____ **Programme :** _____

Veuillez expliquer les motifs de votre demande.

Signature de l'étudiant		Date
Signature du directeur de recherche	Nom du directeur de recherche	Date
Signature du codirecteur	Nom du codirecteur	Date
Signature du directeur de programme	Nom du directeur de programme	Date

APPROBATION DU RESPONSABLE AUX ÉTUDES SUPÉRIEURES

Prolongation accordée ❍ Au trimestre : _____
Prolongation refusée ❍

Vice-doyen de la Faculté de médecine Date

Effacer tout Imprimer

Avril 2017