

 DEMANDE DE MODIFICATION DE COURS

1. IDENTIFICATION

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du candidat Matricule Grade postulé****Département / École / Faculté Programme**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **No de programme** |
| FACULTÉ DE MÉDECINE  | BILOGIE MÉOLCULAIRE |  |

 |
| **2. DEMANDE DE MODIFICATION DE COURS ET /OU DE TRIMESTRE**  |  |
| Je désire porter des modifications suivantes :**Sigle des cours et autre information pertinente**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ancien cours choisi** | **Exigence** | **Trimestre** | **Nouveau cours désiré** | **Exigence** | **Trimestre** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

   |
|  Raisons de Modification:   Signature de l'étudiant Date **AVIS DU DIRECTEUR** : Directeur Signature Date :  |
| **3. RÉSERVÉ À L’INTERNE** |  |
| * Demande acceptée
* Demande refusée

 Directeur des programmes Date |
|  |