

Veuillez retourner ce formulaire par une [demande de service](#).

INFORMATION SUR L'ÉTUDIANT

NOM DE L'ÉTUDIANT

NO ÉTUDIANT

NOM DU SUPERVISEUR

NOM DU CO-SUPERVISEUR

PROGRAMME D'ÉTUDES SUPÉRIEURES

M.Sc.

BIOCHIMIE

MICROBIOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Ph.D.

ÉPIDÉMIOLOGIE

NEUROSCIENCE

MEDECINE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE

COMMENTAIRES (CETTE SECTION DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE PAR LE SUPERVISEUR OU PAR UN DES MEMBRES DU CDT)

SIGNATURES

SIGNATURE DE L'ÉTUDIANT

DATE (JJ-MM-AAAA)

SIGNATURE DU SUPERVISEUR

DATE (JJ-MM-AAAA)

SIGNATURE DU CO-SUPERVISEUR

DATE (JJ-MM-AAAA)

COMITÉ DE THÈSE (CDT)

NOM DU MEMBRE DU CDT (EN LETTRES MOULÉES)

SIGNATURE

DATE (JJ-MM-AAAA)

NOM DU MEMBRE DU CDT (EN LETTRES MOULÉES)

SIGNATURE

DATE (JJ-MM-AAAA)

NOM DU MEMBRE DU CDT (EN LETTRES MOULÉES)

SIGNATURE

DATE (JJ-MM-AAAA)