

Veillez 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

- | | | |
|--------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> M.Sc. | <input type="checkbox"/> BIOCHIMIE | <input type="checkbox"/> MICROBIOLOGIE ET IMMUNOLOGIE |
| <input type="checkbox"/> Ph.D. | <input type="checkbox"/> ÉPIDÉMIOLOGIE | <input type="checkbox"/> NEUROSCIENCE |
| | <input type="checkbox"/> 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)