UQÀM | Département de mathématiques
FACULTÉ DES SCIENCES
Université du Québec à Montréal

DEMANDE D'AUTORISATION D'EXAMEN DIFFÉRÉ

IDENTIFICATION DE L'ETUDIANT

Nom, Prénom _____ Code permanent _____

Jour Mois Année

Courriel _____ Numéro de téléphone _____ Date de naissance _____

Programme _____ Code du programme _____

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 de la demande : _____

MOTIF DE L'ABSENCE (JOINDRE UNE PREUVE APPROPRIÉE)

_____

_____

_____

_____

_____

ESPACE RÉSERVÉ À LA RÉPONSE DE L'ENSEIGNANT

Demande refusée ☐

Demande acceptée ☐ Date de l'examen différé : _____

Examen différé départementale mi-session ☐

Examen différé départementale final ☐ _____

Signature de l'enseignant – Date

Autre : _____