

DEMANDE DE NOTE DIFFÉRÉE (DFR)

Le symbole DFR est utilisé lorsque l'étudiant, au jugement de l'autorité compétente, n'a pas satisfait, pour une raison valable, aux exigences du cours. L'étudiant devra compléter ces exigences dans un délai déterminé par le professeur, mais n'excédant pas 12 mois après la fin de la session.

Si, à la fin de ce délai, aucune note n'est parvenue au bureau des études de premier cycle, DFR sera remplacé par le symbole EIN (0).

N.B. : Dans le présent document, le genre non marqué, quand il est employé pour désigner des personnes, renvoie aussi bien à des femmes qu'à des hommes.

ÉTUDIANT																
NOM DE FAMILLE			PRÉNOMS				N° ÉTUDIANT									
PROGRAMME D'ÉTUDES																
<input type="checkbox"/> SCIENCES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE			<input type="checkbox"/> SCIENCES DE LA SANTÉ			<input type="checkbox"/> SCIENCES INFIRMIÈRES		<input type="checkbox"/> SCIENCES DE LA NUTRITION								
COTE DU COURS		SECTION	TITRE DU COURS			NOM DU PROFESSEUR										
SESSION	<input type="checkbox"/> AUTOMNE (SEP. - DÉC.)	ANNÉE	2	0	<input type="checkbox"/> HIVER (JANV. - AVRIL)	ANNÉE	2	0	<input type="checkbox"/> AUTOMNE-HIVER (SEP. - AVRIL)	ANNÉE	2	0	<input type="checkbox"/> PRINTEMPS - ÉTÉ (MAI-AOÛT)	ANNÉE	2	0
MOTIF DE LA DEMANDE * <input type="checkbox"/> MÉDICAL <input type="checkbox"/> VOIR LE DOCUMENT CI-JOINT <input type="checkbox"/> AUTRE, PRÉCISEZ :																
_____ _____ _____ _____																
* VEUILLEZ JOINDRE TOUT DOCUMENT JUSTIFICATIF À CETTE DEMANDE.																
_____ DATE _____ SIGNATURE (ÉTUDIANT)																

PROFESSEUR ET DIRECTEUR DU PROGRAMME							
<input type="checkbox"/> DFR ACCORDÉE	DATE LIMITE DU DÉLAI <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;">ANNÉE</td> <td style="width: 20px;">MOIS</td> <td style="width: 20px;">JOUR</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> NE DOIT PAS EXCÉDER 12 MOIS.	ANNÉE	MOIS	JOUR			
ANNÉE	MOIS	JOUR					
<input type="checkbox"/> DFR REFUSÉE	RAISON DU REFUS _____ _____ _____						
_____ DATE _____ SIGNATURE (PROFESSEUR)							

APPROBATION DE L'UNITÉ	_____ DATE _____ SIGNATURE (DIRECTEUR DU PROGRAMME)
------------------------	---

À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT	
SIS <input type="checkbox"/> 4CABB _____ INIT.	<input type="checkbox"/> 4CAAF _____ INIT.