

DEMANDE D'EXAMEN DE COMPENSATION
(À déposer au Bureau du registraire - Local 1248AT)

Nom : _____ Prénom : _____

Code permanent : _____ Programme : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Session : _____

Département : _____

Sigle du cours : _____

Groupe : _____

Examen : Intra Final

Date de l'examen manqué _____

Session : _____

Département : _____

Sigle du cours : _____

Groupe : _____

Examen : Intra Final

Date de l'examen manqué _____

Signature de l'étudiant(e)

Date (année-mois-jour)

Réservé au Bureau du registraire

Certificat médical accepté : Oui Non

Remarques : _____

Initiales de la personne responsable : _____ Date : _____

CERTIFICAT MÉDICAL

IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT(E)

Nom de l'étudiant(e) : _____ Code permanent : _____
Prénom de l'étudiant(e) : _____
Adresse : _____
Rue
_____ Ville
_____ Code postal
Téléphone : _____

AUTORISATION DE L'ÉTUDIANT(E)

J'autorise le professionnel de la santé, le représentant de l'hôpital ou tout autre représentant d'un organisme de la santé à fournir, à sa demande, à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) le motif relié à ma condition médicale justifiant mon absence à l'activité académique :

du _____ au _____
année – mois – jour année – mois – jour

L'Université du Québec à Trois-Rivières s'engage à respecter la confidentialité des renseignements fournis sur ce formulaire et ne fera aucune reproduction de ce document.

Signature de l'étudiant(e)

Date

Note au professionnel de la santé :

Prenez note que l'étudiant(e) poursuit des études à l'UQTR. La présente demande est formulée dans le cadre:

1- D'un examen que l'étudiant(e) n'a pas ou ne pourra passer: **ou**

2- Pour l'annulation d'un ou plusieurs cours pour le présent semestre:

Nous vous demandons de nous indiquer en quoi l'étudiant(e) n'a pas ou ne sera pas en mesure de:

1- Passer son examen **ou**

2- Poursuivre son ou ses cours durant le présent trimestre

Problème de santé :

Date du début de l'incapacité à poursuivre des études à l'Université : _____

Date prévue du retour aux études : _____

Si les dates sont indéterminées, indiquer la durée approximative de l'absence :

de : _____ à : _____

Est-ce que l'étudiant(e) doit aussi interrompre son travail ? : _____

En quoi le problème de santé rend-il l'étudiant(e) incapable de faire son examen ou de poursuivre ses cours?

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Seuls les professionnels de la santé légalement autorisés sont habilités à signer ce formulaire (estampille non acceptée).

Nom du professionnel de la santé (**en lettres moulées**) : _____

Numéro de permis (C.P.M.Q.) : _____

Adresse : _____
Rue

Ville

Code postal

Téléphone : _____

Signature (**ne pas utiliser d'estampille**)

Date

Nous faire parvenir l'original par la poste. Les frais inhérents à ce rapport sont assumés par l'étudiant(e). Tout document incomplet sera refusé et retourné à l'étudiant(e).