

**DEMANDE DE PROLONGATION
ÉTUDES SUPÉRIEURES**

Nom : _____ Prénom : _____ Matricule : _____

Trimestre
d'admission : _____ Programme : _____ Cycle : _____

Veillez indiquer jusqu'à quelle date vous désirez prolonger.

Veillez expliquer les motifs de votre demande.

Description des activités de recherche, travail de laboratoire, rédaction du mémoire ou de la thèse

Signature de l'étudiant

Date

Signature du directeur de recherche

Nom du directeur de recherche

Date

Signature du codirecteur

Nom du codirecteur

Date

APPROBATION DU RESPONSABLE AUX ÉTUDES SUPÉRIEURES

Prolongation accordée Jusqu'au trimestre : _____
Prolongation refusée

Vice-doyen de la Faculté de médecine

Date