Université du Québec en Outaouais

ABSENCE AUX EXAMENS

IDENTIFICATION – À remplir PAR L'ÉTUDIANTE OU L'ÉTUDIANT

Nom _____ Code permanent _____

Prénom _____ Numéro de téléphone _____

Programme _____ Code du programme _____

Sigle du cours _____ Groupe _____ Titre du cours : _____

Nom de l'enseignante ou de l'enseignant _____ Examen prévu le : Jour Mois Année _____

Signature de l'étudiante ou de l'étudiant _____ Date : Jour Mois Année _____

ABSENCE POUR RAISON DE SANTÉ *– À REMPLIR PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ (MÉDECIN OU PSYCHOLOGUE)

J'atteste, par la présente, que ❑ M. ❑ M^me^ _____ étudiante ou étudiant à l'Université du Québec en Outaouais, était dans l'impossibilité de se présenter à son examen du _____ (date) pour raison de santé.

J'ai rencontré l'étudiante ou l'étudiant le : Date : Jour Mois Année _____

Commentaires : _____

Nom du professionnel de la santé (médecin ou psychologue) _____ Signature _____ Numéro de téléphone _____

*** Joindre obligatoirement un certificat médical**

ABSENCE POUR RAISON AUTRE QUE MÉDICALE – À REMPLIR PAR L'ÉTUDIANTE OU L'ÉTUDIANT

Motifs * : _____

Signature de l'étudiante ou de l'étudiant _____ Date : Jour Mois Année _____

*** Joindre une preuve appropriée**

DÉCISION DE LA DIRECTION DU DÉPARTEMENT OU DE L'ÉCOLE – RÉSERVÉ À L'USAGE DU DÉPARTEMENT OU DE L'ÉCOLE

❑ Motif accepté

Révision des modalités d'évaluation (une ou plus d'une) :

- ❑ Examen de reprise
- ❑ Travail additionnel
- ❑ Redistribution des notes
- ❑ Autre – précisez : _____

L'évaluation de ce cours devra être complétée au plus tard le : Date : Jour Mois Année _____

❑ Motif refusé

Signature de la direction du département ou de l'école _____ Date : Jour Mois Année _____

Nom _____

Original au département ou à l'école; copie à la direction du module ou au responsable de programme; copie au professeur ou au chargé de cours; copie à l'étudiante ou à l'étudiant.

VRER – 12 mars 2009