

Faculté de médecine
Vice-décanat aux études médicales de premier cycle

IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT			
_____		_____	
Nom(s) à la naissance		Prénom(s)	
-----		-----	
Code permanent / Matricule		Numéro de téléphone	
ACTIVITÉ À LAQUELLE UN ÉTUDIANT DEMANDE UNE AUTORISATION D'ABSENCE :			
<input type="checkbox"/> Examen	_____	_____	
	Cours (Sigle et numéro)	Date	
<input type="checkbox"/> Cours axé sur la participation active de l'étudiant	_____	_____	_____
	Cours (Sigle et numéro)	Section	Date ou période
<input type="checkbox"/> Cours/stage clinique	_____	_____	_____
	Cours (Sigle et numéro)	Section	Date ou période
<input type="checkbox"/> Stage en milieu de santé	_____	_____	
	Cours (Sigle et numéro)	Date ou période	
<input type="checkbox"/> Stage en milieu scolaire	_____	_____	
	Cours (Sigle et numéro)	Date ou période	
<input type="checkbox"/> Stage en d'autres milieux	_____	_____	
	Cours (Sigle et numéro)	Date ou période	
<input type="checkbox"/> Autre (précisez)	_____		

Justification de la demande	
-----------------------------	--

Pièce justificative pertinente à la demande jointe <input type="checkbox"/>
Approbation de la demande : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Motif de refus :

Signature de l'étudiant(e) Signature du responsable