

MMD1091 – INITIATION À LA RECHERCHE

Demande d'approbation

OBJECTIFS

Le présent cours vise à éveiller l'intérêt pour la recherche chez les étudiants inscrits à un programme de premier cycle en médecine.

MÉTHODE D'APPRENTISSAGE

L'étudiant qui désire suivre ce cours doit être accepté dans un projet de recherche dirigé par un chercheur autonome de la Faculté de médecine.

Le programme de recherche de l'étudiant doit permettre à ce dernier de s'initier à une activité de recherche en santé. Ce programme de recherche doit permettre à l'étudiant de développer sa curiosité et de se familiariser avec la rigueur et le cheminement intellectuel relié à la réalisation d'un projet de recherche.

Ce projet doit être réalisable durant la période de 2 trimestres maximum (ou être effectué au trimestre d'été) et comporter **un minimum de 120 heures de travail en laboratoire**.

MODE D'ÉVALUATION

Selon une fiche d'évaluation et d'après un rapport-progrès montrant l'évolution et les résultats obtenus par le projet de recherche de l'étudiant.

ENDROIT

À déterminer avec le chercheur

HORAIRE

À déterminer avec le chercheur

OBLIGATIONS DE L'ÉTUDIANT

- 1- Compléter une copie du présent formulaire
- 2- Remettre ce formulaire signé par le directeur de la recherche au responsable des cours à option.
- 3- Fournir un compte rendu à la fin de son stage (3 pages dactylographiées à double interligne).
- 4- L'étudiant sera évalué par le superviseur sur une fiche d'évaluation.

N.B.: Aucun stage ne sera crédité sans l'approbation **PRÉALABLE** du coordonnateur de l'année.

MMD1091 – INITIATION À LA RECHERCHE
Demande d'approbation

NOM, PRENOM DE L'ÉTUDIANT

MATRICULE

ANNÉE (AP, 1^{ère}, 2^{ème})

DISCIPLINE: _____

DATES :

Début : _____ Fin : _____

DIRECTEUR DE RECHERCHE: _____

(En lettres moulées)

ADRESSE : _____

TÉL.: _____

SUJET DE RECHERCHE :

OBJECTIFS VISÉS PAR LE STAGE:

Signature de l'étudiant

J'accepte de diriger au cours de l'année académique les travaux du stagiaire mentionné en titre.

Directeur de recherche

Coordonnateur de l'année

DATE

DATE

Formulaire à retourner à md-recherche@med.umontreal.ca