

MMD1098 SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS
Demande d'approbation

NOM, PRENOM DE L'ÉTUDIANT

MATRICULE

ANNÉE (AP, 1^{ère}, 2^{ème})

DATES: Début: _____ Fin: _____

PROFESSEUR RESPONSABLE: _____
(en lettres moulées)

ADRESSE : _____

TÉL.: _____

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.

SIGNATURE DU PROFESSEUR RESPONSABLE

COORDONNATEUR DE L'ANNÉE

DATE

DATE

Formulaire à retourner à premed@med.umontreal.ca
Vice-décanat aux études de 1^{er} cycle - local U-221