

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_ MATRICULE : \_\_\_\_\_

ADRESSE COURRIEL : \_\_\_\_\_

FACULTÉ	PROGRAMME D'ÉTUDES	RÉGIME D'INSCRIPTION
Sciences		temps complet <input type="checkbox"/> temps partiel <input type="checkbox"/>

**1. DEMANDE DE RÉVISION**

LA PERSONNE CI-HAUT NOMMÉE DEMANDE UNE RÉVISION DE SA NOTE FINALE POUR L'ACTIVITÉ PÉDAGOGIQUE

SIGLE	TITRE	RESPONSABLE DE L'ACTIVITÉ

MOTIVATION DE LA DEMANDE

 SUIVI AU TRIMESTRE automne  hiver  été  ANNÉE \_\_\_\_\_

 ET S'ENGAGE À PAYER LES FRAIS DE LA RÉVISION AU MONTANT DE \_\_\_\_\_ **10 \$**

 \_\_\_\_\_  
DATE

 \_\_\_\_\_  
SIGNATURE DE L'ÉTUDIANT OU DE LA PERSONNE AUTORISÉE

**2. RÉVISION DE LA NOTE**

RÉSULTAT ORIGINAL

RÉSULTAT FINAL

 \_\_\_\_\_  
DATE

 \_\_\_\_\_  
DIRECTION DU DÉPARTEMENT

 \_\_\_\_\_  
DATE

 \_\_\_\_\_  
RESPONSABLE DE LA CORRECTION

 \_\_\_\_\_  
RESPONSABLE DE LA CORRECTION

**3. DEMANDE DE FACTURATION**

AU SERVICE DES FINANCES :

 LE RÉSULTAT ORIGINAL AYANT ÉTÉ MAINTENU OU DIMINUÉ, NOUS DEMANDONS QUE LES FRAIS SUIVANTS  
 SOIENT PORTÉS AU COMPTE DE L'ÉTUDIANT

 \_\_\_\_\_ **10 \$**

 \_\_\_\_\_  
DATE

 \_\_\_\_\_  
APPROBATION DE LA FACULTÉ

 \_\_\_\_\_  
SERVICE DES FINANCES

**S.V.P. Faire parvenir la copie originale signée au Service des finances**