

**FAS - ÉTUDES SUPÉRIEURES**

**DEMANDE D’AUTORISATION DE RÉDIGER PAR ARTICLES**

Ce formulaire peut être rempli électroniquement en utilisant une version récente d’Acrobat Reader. À noter que vous devez enregistrer le formulaire sur votre poste de travail avant de le remplir.

Télécharger gratuitement Acrobat Reader.

L’étudiant doit noter qu’il devra obtenir, en temps opportun, **l’accord de tous les coauteurs de chacun des articles** pour qu’il puisse l’inclure dans son mémoire ou dans sa thèse. Il devra aussi respecter toutes les autres règles concernant la thèse ou le mémoire par article (section B.1.2).

1. **IDENTIFICATION DE L’ÉTUDIANT ET PROGRAMME**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom** |  |
| **Matricule** |  |
| **# Programme** |  |

1. **LISTE DES ARTICLES PROPOSÉS**

Pour chaque article à inclure dans le mémoire ou la thèse (même en annexe), veuillez indiquer l’ordre des auteurs, le titre, la revue à laquelle l’article est normalement destiné et l’état actuel de l’article (**P** : Publié, **S**: Soumis pour publication ou **EP**: En Préparation).

1. **SIGNATURE ET DÉCLARATION DE L’ÉTUDIANT CONCERNANT LES ARTICLES**

Chacun des articles doit faire l’objet d’une déclaration de l’étudiant. Pour chaque article publié ou soumis pour publication, vous devez indiquer brièvement la nature de votre participation aux travaux de recherche et s’il y a lieu, l’importance de sa contribution à l’article par rapport à celle des coauteurs. Dans le cas d’un article en préparation, vous indiquerez votre contribution actuelle ou prévisible aux travaux de recherche et à l’article.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Nom de l’étudiant** | **Signature manuscrite** | **Date** |

1. **AVIS ET SIGNATURE DU DIRECTEUR DE RECHERCHE**

Le directeur de recherche commentera de façon appropriée les informations présentées par l’étudiant dans sa demande et donnera son avis sur le projet de rédaction de mémoire ou de thèse par articles.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Nom du directeur de recherche** | **Signature manuscrite** | **Date** |

1. **DÉCISION OU RECOMMANDATION ET SIGNATURE DU DÉPARTEMENT**

|  |
| --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Directeur ou Responsable du département Date** |



**Transmettre le formulaire avec les signatures (partie 1 à 4) à la TGDE aux cycles supérieurs par courriel (numérisé), ou en personne (local B-2051, campus MIL) pour autorisation.**