

Demande de suspension des études

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, Prénom |  |
| Matricule |  |
| Numéro programme |  |
| Trimestre d’admission |  |
| Directeur de recherche |  |

Avez-vous déjà fait une demande de suspension? Oui ❑ Non ❑

Indiquez le ou les trimestres que vous désirez suspendre. Maximum de 3 trimestres consécutifs ou non dans la durée de vos études.

Hiver : Suspension : ❑

Été : Motif médical (motivé par un billet médical) : ❑

Automne : Congé parental : ❑

Veuillez expliquer brièvement les motifs de votre demande, le tout sera étudié et la réponse vous sera transmise via votre courriel de l’UdeM.

|  |
| --- |
|  |

Signature de l’étudiant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du directeur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du responsable des études: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Vous devez remettre le tout à la TGDE par courriel à* *cycles-sup@geog.umontreal.ca*