|  |
| --- |
| Autorisation de dépôt aux fins d’évaluation |

**A – Coordonnées**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom, prénom : |  | Matricule : |  |
| Programme : |  | Date : |  |

**B – Mémoire ou Thèse**

Titre :

Année inscrite sur page de titre : **Note** : **Joindre une copie de la page titre et un résumé avec ce formulaire (mémoire ou thèse)**

Insertion d'articles dans le mémoire : Oui Non

Nombre total de pages :

Langue principale utilisée :

Restriction de diffusion pendant l’évaluation : Aucune – Entente de confidentialité – Demande de brevet

Dépôt électronique : Oui Non

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Directeur de recherche : |  | Codirecteur : |  |

**C – Membres du jury :** (Inscrire le nom, adresse postale complète, adresse courriel et numéro téléphone de chaque membre)

|  |  |
| --- | --- |
| Prénom, Nom, Fonction,  Communication par FES en Français □ ou Anglais □  Cette personne désire un exemplaire papier □  Cette personne a déjà en main son exemplaire □ |  |
| Prénom, Nom, Fonction,  Communication par FES en Français □ ou Anglais □  Cette personne désire un exemplaire papier □  Cette personne a déjà en main son exemplaire □ |  |
| Prénom, Nom, Fonction,  Communication par FES en Français □ ou Anglais □  Cette personne désire un exemplaire papier □  Cette personne a déjà en main son exemplaire □ |  |
| Prénom, Nom, Fonction,  Communication par FES en Français □ ou Anglais □  Cette personne désire un exemplaire papier □  Cette personne a déjà en main son exemplaire □ |  |
| Prénom, Nom, Fonction,  Communication par FES en Français □ ou Anglais □  Cette personne désire un exemplaire papier □  Cette personne a déjà en main son exemplaire □  **EXAMINATEUR EXTERNE (au doctorat seulement)** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Date du dépôt initial |  | Nom et Signature du directeur de recherche |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Date d’approbation |  | Nom et Signature du directeur du programme |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Retournez le formulaire sous forme électronique ou, en version imprimée et signée, à* | **l’Agente de gestion des études responsable du programme**  Pavillon Adrien-Pouliot, local 3120-Y  1065, avenue de la Médecine Université Laval, Québec (Canada) G1V 0A6 |