Université du Québec en Outaouais

ABSENCE AUX EXAMENS

IDENTIFICATION – À remplir **PAR L'ÉTUDIANTE OU L'ÉTUDIANT**

Nom _____ Code permanent _____

Prénom _____ Numéro de téléphone _____

Programme _____ Code du programme _____

Sigle du cours _____ Groupe _____ Titre du cours : _____

Nom de l'enseignante ou de l'enseignant _____ Examen prévu le : Jour ____ Mois ____ Année ____

Signature de l'étudiante ou de l'étudiant _____ Date : Jour ____ Mois ____ Année ____

ABSENCE POUR RAISON DE SANTÉ *– À **REMPLIR PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ (MÉDECIN OU PSYCHOLOGUE)**

J'atteste, par la présente, que ❑ M. ❑ Mme _____, étudiante ou étudiant à l'Université du Québec en Outaouais, était dans l'impossibilité de se présenter à son examen du _____ (date) pour raison de santé.

J'ai rencontré l'étudiante ou l'étudiant le : Date : Jour ____ Mois ____ Année ____

Commentaires : _____

Nom du professionnel de la santé (médecin ou psychologue) _____ Signature _____ Numéro de téléphone _____

*** Joindre obligatoirement un certificat médical**

ABSENCE POUR RAISON AUTRE QUE MÉDICALE – À **REMPLIR PAR L'ÉTUDIANTE OU L'ÉTUDIANT**

Motifs * : _____

Signature de l'étudiante ou de l'étudiant _____ Date : Jour ____ Mois ____ Année ____

*** Joindre une preuve appropriée**

DÉCISION DE LA DIRECTION DU DÉPARTEMENT OU DE L'ÉCOLE – RÉSERVÉ À L'USAGE **DU DÉPARTEMENT OU DE L'ÉCOLE**

❑ Motif accepté

Révision des modalités d'évaluation (une ou plus d'une) :

- ❑ Examen de reprise
- ❑ Travail additionnel
- ❑ Redistribution des notes
- ❑ Autre – précisez : _____

❑ Motif refusé

Signature de la direction du département ou de l'école _____ Date : Jour ____ Mois ____ Année ____

Nom _____