

Demande de prolongation d'études
Département d'Histoire

Nom de l'étudiant : _____

Matricule : _____

MA ____ PhD ____

Signature de l'étudiant _____

Date : _____

Prolongation pour ____ trimestres, soit jusqu'en : (encercler)

Automne Hiver Été de l'année 20____

Titre du mémoire ou de la thèse : _____

Directeur de recherche. : _____

L'étudiant ci-haut mentionné désire prolonger ses études. Pourriez-vous nous communiquer votre avis en précisant l'état d'avancement de ses recherches et de la rédaction? Veuillez nous retourner le formulaire signé.

AVIS DU DIRECTEUR DE RECHERCHE

Je suis d'accord _____

Je ne suis pas d'accord _____

Remarques : _____

Date : _____ Signature : _____

APPROBATION DU DIRECTEUR DU DÉPARTEMENT

Prolongation accordée _____ Prolongation refusée _____

Pour ____ trimestres Soit jusqu'en : Aut Hiv Été de l'année 20____

Date : _____ Signature : _____