



# DEMANDE DE RÉVISION DE NOTE

## IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT

## PARTIE 1

NOM _____		PRÉNOM _____				NO DE DEMANDE D'ADMISSION (VOIR BULLETIN)	
NUMÉRO _____	RUE _____			APP. _____			
VILLE _____		PROVINCE _____		CODE POSTAL _____			
(_____) _____ TÉLÉPHONE		SIGNATURE DE L'ÉTUDIANT OU DE L'ÉTUDIANTE _____				DATE _____	

## IDENTIFICATION DU COURS (à compléter à l'aide de votre bulletin)

## PARTIE 2

_____ - _____ - _____		TITRE DU COURS : _____	
NUMÉRO DU COURS		NOTE FINALE OBTENUE : _____ %	
		MOYENNE DU GROUPE : _____ %	
NOM DU PROFESSEUR : _____			
J'AI SUIVI CE COURS À LA SESSION : _____		20 _____	
JE DEMANDE CETTE RÉVISION POUR LA RAISON SUIVANTE : _____			
_____			
_____			
_____			

## RÉPONSE DU DÉPARTEMENT

## PARTIE 3

REMARQUE : _____	
_____	
_____	
LA NOTE DEMEURE INCHANGÉE : _____ %	_____
LA NOTE EST MAJORÉE À : _____ %	_____
<b>Signature des membres du Comité</b>	

- N.B. :**
- L'ÉTUDIANT DOIT COMPLÉTER LES PARTIES (1) ET (2) AU PLUS TARD 30 JOURS OUVRABLES APRÈS LA FIN DE LA SESSION.
  - LE DÉPARTEMENT DOIT COMPLÉTER LA PARTIE (3) ET RETOURNER LES DEUX COPIES AU SERVICE DE LA GESTION DE LA CLIENTÈLE, LOCAL D-100. (REMETTRE COPIES AU COORDONNATEUR DU DÉPARTEMENT QUI DOIT FAIRE SUIVRE AU PROFESSEUR).