UNIVERSITÉ D'OTTAWA
FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ
Bureau des études du 1er cycle

UNIVERSITY OF OTTAWA
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
Undergraduate Studies Office

uOttawa
Faculté des sciences de la santé
Faculty of Health Sciences

DEMANDE DE DÉROGATION À UN PRÉALABLE DE COURS

PERMISSION TO WAIVE A COURSE PREREQUISITE

-Le formulaire approuvé doit être soumis au Bureau des études de 1er cycle (Pavillion Montpetit pièce 232)

-The approved form must be submitted to the Undergraduate Studies Office (Montpetit Hall, room 232)

NOTE : DANS LE PRÉSENT DOCUMENT, LE GENRE MASCULIN EST EMPLOYÉ POUR DÉSIGNER AUSSI BIEN LES FEMMES QUE LES HOMMES

ÉTUDIANT - *STUDENTS*

NOM DE FAMILLE - *SURNAME*	PRÉNOMS – *GIVEN NAMES*	N° D'ÉTUDIANT – *STUDENT NO.*	IND. RÉG.& N° DE TÉL – *AREA CODE & TEL.NO.*
			( )

PROGRAMME – *PROGRAM*

ANNÉE D'ÉTUDE – *YEAR OF STUDY*
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

COTE DU COURS – *COURSE CODE*	SECTION	TITRE DU COURS – *COURSE TITLE*	NOM DU PROFESSEUR – *PROFESSOR'S NAME*

SESSION ☐ SEP.- DÉC. /SEPT. – DEC. ☐ JANV. – AVRIL/JAN. - APRIL ☐ SEP. – AVRIL/SEPT.- APRIL ☐ PRINTEMPS – ÉTÉ/SPRING – SUMMER **ANNÉE – YEAR 20 _____**

JUSTIFICATION DE LA DEMANDE - *REASON FOR REQUEST*

_____

_____

_____

_____

Je reconnais qu'en suivant ce cours sans avoir complété le(s) préalable(s), il s'avérera peut-être nécessaire de faire des lectures additionnelles et/ou des travaux supplémentaires afin de compenser pour les renseignements inclus dans des cours jugés comme étant des préalables.

I understand that by taking the above-mentioned course without having completed the prerequisite(s), I may be required to do additional readings and/or independant study in order to compensate for my defiency in background preparation.

_____ _____
DATE (ÉTUDIANT) (**SIGNATURE**) (*STUDENT*)

RECOMMENDATION DU PROFESSEUR – *PROFESSOR'S RECOMMENDATION*

☐ **DEMANDE RECOMMANDÉE** ***RECOMMENDED*** **CONDITIONS** _____

_____

_____

☐ **DEMANDE NON RECOMMANDÉE** ***NOT RECOMMENDED*** **RAISON - *REASON*** _____

_____

_____

_____ _____
DATE (PROFESSEUR) **SIGNATURE** (*PROFESSOR*)

APPROBATION DU DIRECTEUR – *DIRECTOR'SAPPROVAL*

☐ **DEMANDE APPROUVÉE** ***APPROVAL GRANTED*** **COMMENTAIRES DU DIRECTEUR – *DIRECTOR'S COMMENTS*** _____

_____

_____

☐ **DEMANDE REFUSÉE** ***APPROVAL DENIED***

_____ _____
DATE (DIRECTEUR) **SIGNATURE** (*DIRECTOR*)

RÉSERVÉ À LA FACULTÉ – *FOR FACULTY USE ONLY*

_____ _____
DATE SIGNATURE