UNIVERSITÉ D'OTTAWA
FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ

DEMANDE DE NOTE DIFFÉRÉE
(DFR)

uOttawa

UNIVERSITY OF OTTAWA
FACULTY OF HEALTH SCIENCES

REQUEST FOR A DEFERRED MARK
(DFR)

- LE SYMBOLE **DFR** EST UTILISÉ LORSQUE L'ÉTUDIANT/E, AU JUGEMENT DE L'AUTORITÉ COMPÉTENTE, N'A PAS SATISFAIT, POUR UNE RAISON VALABLE, AUX EXIGENCES DU COURS. L'ÉTUDIANT/E DEVRA COMPLÉTER CES EXIGENCES DANS UN DÉLAI DÉTERMINÉ PAR LE/LA PROFESSEUR/E, N'EXCÉDANT PAS DOUZE MOIS APRÈS LA FIN DE LA SESSION.
- SI À LA FIN DE CE DÉLAI, AUCUNE NOTE N'EST PARVENUE AU SECRÉTARIAT SCOLAIRE, **DFR** EST REMPLACÉ PAR LE SYMBOLE **INC (0).**

- *THE SYMBOL **DFR** IS USED WHENEVER, IN THE JUDGMENT OF THE RESPONSIBLE AUTHORITY, A STUDENT PRESENTS A VALID REASON FOR BEING UNABLE TO SATISFY ALL COURSE REQUIREMENTS. IN THAT CASE, THE STUDENT MUST COMPLETE ALL REQUIREMENTS WITHIN A TIME LIMIT DETERMINED BY THE PROFESSOR. SUCH A LIMIT MAY NOT EXCEED 12 MONTHS.*
- *IF NO MARK HAS BEEN RECEIVED BY THE ACADEMIC SECRETARIAT WITHIN THE LIMIT DETERMINED BY THE PROFESSOR, THE GRADE **DFR** WILL BE REPLACED BY **INC (0)**.*

NOM DE FAMILLE - *SURNAME* | PRÉNOMS - *GIVEN NAMES* | N° D'ÉTUDIANT/E - *STUDENT NO.*

ADRESSE **LOCALE** - ***LOCAL** ADDRESS* | CODE POSTAL - *POSTAL CODE* | IND. RÉG. & N° DE TÉL. - *AREA CODE & TEL. NO.*

ADRESSE **PERMANENTE** - ***PERMANENT** ADDRESS* | CODE POSTAL - *POSTAL CODE* | IND. RÉG. & N° DE TÉL. - *AREA CODE & TEL. NO.*

PROGRAMME *PROGRAM* ☐ ACTIVITÉ PHYSIQUE *HUMAN KINETICS* ☐ ERGOTHÉRAPIE *OCCUPATIONAL THERAPY* ☐ PHYSIOTHÉRAPIE *PHYSIOTHERAPY* ☐ SCIENCES INFIRMIÈRES *NURSING* ☐ AUTRE (PRÉCISEZ) *OTHER (SPECIFY)*

COTE DE COURS - *COURSE CODE* | SECTION | TITRE DU COURS - *COURSE TITLE* | NOM DU/DE LA PROFESSEUR/E - *PROFESSOR'S NAME*

SESSION
☐ AUTOMNE (SEP. - DÉC.) *FALL (SEPT. - DEC.)* ANNÉE - *YEAR*
☐ HIVER (JANV. - AVRIL) *WINTER (JAN. - APRIL)* ANNÉE - *YEAR*
☐ AUTOMNE - HIVER (SEP. - AVRIL) *FALL - WINTER (SEPT. - APRIL)* ANNÉE - *YEAR* - ANNÉE - *YEAR*
☐ PRINTEMPS - ÉTÉ (MAI - AOÛT) *SPRING - SUMMER (MAY - AUGUST)* ANNÉE - *YEAR*

JUSTIFICATION DE LA DEMANDE
REASON FOR REQUEST

DATE **(ÉTUDIANT/E)** **SIGNATURE** ***(STUDENT)***

À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT - *FOR OFFICE USE ONLY*

☐ **DFR ACCORDÉE** ***DFR GRANTED***

DATE LIMITE DU DÉLAI *DEADLINE* — ANNÉE - *YEAR* | MO. | JR - *DAY*

CONDITIONS

☐ **DFR REFUSÉE** ***DFR REFUSED***

MOTIF DU REFUS
REASON FOR REFUSAL

DATE (PROFESSEUR/E) SIGNATURE *(PROFESSOR)*

DATE (DIRECTEUR ADJOINT) SIGNATURE *(ASSISTANT DIRECTOR)*