|  |  |
| --- | --- |
| **20** | Acceptation du directeur/directrice – 2e et 3e cycles |

**À compléter avant la fin du 1er trimestre d’inscription**

**Étudiant**

Nom : ………………………………………………………

Matricule Synchro : ……………………….

Nom et numéro du programme : …………………………………………………………………

**Directeur de recherche**

|  |  |
| --- | --- |
| J’accepte d’agir comme directeur/ directrice de recherche. |  |
| Nom : ……………………………………….. |  |
| ……………………………………………….. | ………………………… |
| signature | Date |

**Codirecteur (si applicable)**

|  |  |
| --- | --- |
| J’accepte d’agir comme codirecteur/codirectrice de recherche. |  |
| Nom : ……………………………………….. |  |
| ……………………………………………….. | ………………………… |
| signature | Date |

**Approbation du vice-doyen aux études supérieures**

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………….. | ………………………… |
| signature | Date |