|  |
| --- |
| **Renseignements généraux – Candidat(e)** |
| Nom |
| Adresse |
| Courriel Téléphone |
| Citoyenneté : Canadienne Résident Permanent Autre (Précisez le pays): |
| **Affiliation universitaire** |
| Nom, Département, Adresse |
| Programme et date du début des études (premier cycle ou maîtrise) |
| Titre du projet |
| Certificat du comité d’éthique requis? Oui Non Certificat original en pièce-jointe |
| Directeur ou superviseur du candidat ou de la candidate (nom, département, affiliation universitaire) |
| Session Été 2021 Automne 2021 Hiver 2022 |
| **Signatures** |
| Postulant Date |
| Directeur Date |
| Université (voir plus bas\*) Date |
| \* Ce formulaire doit être signé par un représentant agréé de l’administration universitaire. Par la présente, le candidat et l’institution qui administrera le projet s’engagent ensemble à respecter les conditions du présent programme de l’AMS telles que présentées dans les directives aux candidats. |
| **Informations concernant le représentant de l’administration universitaire** |
| Nom |
| Titre ou fonction |
| Adresse postale complète |
| Numéro de téléphone |