|  |
| --- |
| **Renseignements généraux – Candidate** |
| Nom |
| Adresse |
| Courriel Téléphone |
| Citoyenneté : Canadienne Résidence Permanente 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.se du candidat ou de la candidate (nom, département, affiliation universitaire) |
| Session Été 2023 Automne 2023 Hiver 2024 |
| **Signatures** |
| Postulante Date |
| Directeur Date |
| Université (voir plus bas\*) Date |
| \* Ce formulaire doit être signé par un représentant désigné de l’administration universitaire. Par la présente, le candidat ou la candidate 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 candidates. |
| **Informations concernant la personne représentant l’administration universitaire** |
| Nom |
| Titre ou fonction |
| Adresse postale complète |
| Numéro de téléphone |