

Formulaire concernant la passation des examens

Section A Identification

Session : AUTOMNE () HIVER () ÉTÉ ()

INFORMATIONS CONCERNANT L'EXAMEN DE :

Nom de l'étudiant (e) : _____

Matricule : _____ Date de l'examen: _____

Cours : _____

Heure début de l'examen : _____ Lieu : _____

Durée de l'examen: _____ + _____ temps supplémentaire (s'il y a lieu) = Durée totale: _____

Professeur (e) : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Adresse : _____

Courriel : _____

Section B Format alternatif

L'examen doit être transcrit en format alternatif :

() braille () enregistré sur cassette audio () N/A

L'examen sera acheminé au secrétariat du secteur Accueil et intégration des personnes handicapées étudiantes,

le : ____/____/____ à : ____ h ____ de la façon suivante :

Par télécopieur : () Par courriel : () Déposé en personne : ()

L'examen sera retourné au professeur(e) de la façon suivante :

Par télécopieur : () Par courrier interne : () Déposé en personne : ()

À l'endroit suivant : A/S _____

Section C Signature

Signature du professeur(e) _____

Date : _____

Retourner ce formulaire complété à :

Accueil et intégration des personnes handicapées étudiantes
Pavillon Maurice-Pollack, bureau 2121
Téléphone : 656-2880, télécopieur : 656-7866
accueil@aiphe.ulaval.ca