

SECTION A : DÉTAILS DU REMPLACEMENT SOUHAITÉ

IDENTITÉ DE L'ENSEIGNANTE OU DE L'ENSEIGNANT QUI SOUHAITE S'ABSENTER

Nom

IDENTITÉ DE L'ENSEIGNANTE OU DE L'ENSEIGNANT QUI EFFECTUERA LE REMPLACEMENT

Nom

INFORMATIONS CONCERNANT L'EXAMEN FINAL

Heure (HH:MM)

SECTION B : SIGNATURES

ENSEIGNANTE OU ENSEIGNANT QUI SOUHAITE S'ABSENTER

Date (JJ/MM/AA)

ENSEIGNANTE OU ENSEIGNANT QUI EFFECTUERA LE REMPLACEMENT

En signant le présent formulaire, je m'engage à effectuer le remplacement décrit ci-dessus à titre volontaire, sans rémunération supplémentaire.

Date (JJ/MM/AA)

SECTION C : TRANSMISSION DU FORMULAIRE

Veillez transmettre ce formulaire à l'adresse direction-DEG@etsmtl.ca **au moins dix (10) jours avant l'examen final concerné.**