

DEMANDE D'ABANDON DE DE COURS

Nom	Prénom	Matricule	

Numéro, rue, appartement	Ville, Province	Code postal	Téléphone

Courriel	@umontreal.ca	Titre du programme	

Je demande l'abandon du (ou des) cours suivant(s) :

Sigle du cours

Motif de l'abandon

Date _____ **Signature de l'étudiant** _____

DÉCISION DU RESPONSABLE DE PROGRAMME OÙ L'ÉTUDIANT EST INSCRIT

- Votre demande est acceptée
 Votre demande est refusée

Motif du refus _____

Date _____ **Signature du responsable de programme** _____

Pour connaître l'impact d'un abandon sur l'aide financière, consulter le lien suivant :
http://www.baf.umontreal.ca/AF_CH_abandon.htm