

DEMANDE D'ÉVALUATION DES ACQUIS

Études à temps partiel



NOM	_____	ADRESSE	_____
PRÉNOM	_____		_____
NI	_____	COURRIEL	_____
TÉLÉPHONE – DOMICILE	_____	PROGRAMME AUQUEL VOUS ÊTES ADMIS OU ADMISE	_____
TÉLÉPHONE – TRAVAIL	_____		_____
DATE DE NAISSANCE	_____		

CAMPUS AUQUEL S'ADRESSE CETTE DEMANDE Moncton Edmundston Shippagan

SIGLE* N^{bre} DE CRÉDITS TITRE DU COURS

**Cours pour lequel vous voulez faire évaluer vos acquis pour obtenir des crédits universitaires.
Prévoir environ de 6 à 8 semaines pour le traitement de la demande.*

DATE

SIGNATURE DE L'ÉTUDIANT/ÉTUDIANTE

Espace réservé à l'administration

ÉVALUATION (note)

PIÈCES À L'APPUI

SIGNATURES

Professeur/professeure avec votre NI

Date

Directeur/directrice de département

Date

Doyen/doyenne

Date

S.V.P. retourner le portfolio avec le formulaire dûment signé au bureau de la Formation continue.

Frais d'inscription : \$ _____ X _____ (crédits) = \$ _____ Total

N° de reçu : _____ Date : _____

Frais

1^{er} cycle : 40\$ du crédit

2^e et 3^e cycles : 50\$ du crédit