

FICHE D'INSCRIPTION AUX CYCLES SUPÉRIEURS

(une fiche par trimestre)

Directives : Veuillez remplir ce formulaire en ligne. Une fois rempli, veuillez l'imprimer et le retourner, dûment signé, au bureau de la TGDE. (coordonnées en bas de page.)

IDENTIFICATION			
Nom de famille à la naissance	Prénom	Matricule	
Numéro	Rue	Appartement	Date de naissance (jour / mois / année)
Municipalité ou ville			Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Province ou État	Pays	Code postal	
Téléphone domicile	Téléphone travail	Poste	Courriel UdeM (@umontreal.ca)

PROGRAMME	GRADE POSTULÉ	STATUT
<input type="checkbox"/> Études religieuses <input type="checkbox"/> Sciences des religions <input type="checkbox"/> Spiritualité <input type="checkbox"/> Spiritualité et santé <input type="checkbox"/> Théologie <input type="checkbox"/> Théologie pratique	<input type="checkbox"/> Microprogramme <input type="checkbox"/> D.E.S.S. <input type="checkbox"/> M.A. <input type="checkbox"/> Licence <input type="checkbox"/> Ph.D. <input type="checkbox"/> D.Th.	<input type="checkbox"/> Plein temps <input type="checkbox"/> Demi-temps <input type="checkbox"/> Rédaction <input type="checkbox"/> Suspension Motifs

INSCRIPTION		Légende : OB ligatoire ; OP tion ; au CH oix ; HP ors Programme							
Trimestre d'inscription : <input type="checkbox"/> automne <input type="checkbox"/> hiver <input type="checkbox"/> été						Année : <input type="text"/>			
Cours ou activité					Cours hors département				
Sigle	OB	OP	CH	HP	Sigle	OB	OP	CH	HP
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signature de l'étudiant-e

Date

Signature du conseiller pédagogique

Date