

(Peut être retourné par le candidat ou le répondant)**1 À REMPLIR PAR LE CANDIDAT**

N.B. Veuillez présenter un exemplaire de ce formulaire à trois répondants qui connaissent votre formation professionnelle et vos aptitudes à la recherche et leur demander de le retourner au Bureau du registraire dans les plus brefs délais.

Nom de famille à la naissance

Prénom usuel

Date de naissance:

jour mois année

Nom du programme:

 DESS : _____
 MAÎTRISE : _____
 DOCTORAT : _____
 AUTRE PROGRAMME DE 2^e CYCLE : _____

CODE PERMANENT :

OU

N^o DE RÉFÉRENCE DE VOTRE DEMANDE :**2 À REMPLIR PAR LE RÉPONDANT**

Nom du répondant

Prénom

Institution _____ Fonction _____

Adresse de l'institution _____

> le répondant a connu le candidat en tant que :

-
- directeur de programme ou de recherche
-
-
- responsable du département
-
-
- autre, précisez : _____
-
-
- professeur
-
-
- employeur (supérieur hiérarchique)

> le candidat était alors :

-
- étudiant
-
-
- assistant de recherche
-
-
- autre, précisez : _____
-
-
- assistant universitaire
-
-
- employé

> le répondant connaît le candidat depuis _____ an(s) et _____ mois**GRILLE D'APPRÉCIATION**

Veuillez donner votre opinion sur le candidat en cochant ci-dessous dans l'une des cases correspondantes au facteur d'appréciation considéré.

| | passable | bon | très bon | excellent | connaissance insuffisante du candidat |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| connaissances acquises | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| application | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| compétence professionnelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| jugement et maturité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| originalité et imagination | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| clarté d'expression orale et écrite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| aptitudes générales à la recherche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| appréciation globale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Veuillez ajouter ci-dessous les renseignements supplémentaires que vous jugez utiles relativement aux aptitudes et aux capacités du candidat à mener à bonne fin des études avancées, et à son potentiel à poursuivre des travaux de recherche.

Date _____ Signature du répondant _____

Veuillez retourner directement au
Bureau du registraire, Service de l'admission, UQTR C.P.
500, Trois-Rivières (Québec) CANADA G9A 5H7
Télécopieur : 819-376-5210
Courriel : admission@uqtr.ca
www.uqtr.ca/suivi.admission