

Enregistrez ce formulaire sur votre
poste de travail avant de le remplir.

Faites parvenir ce formulaire par cour-
riel au coordonnateur du programme
(mesetudes.4@teluq.ca) ou, par la
poste, au :
Secrétariat du Département Éducation
À l'attention du coordonnateur du
programme
Université TÉLUQ
455, rue du Parvis
Québec (Québec) G1K 9H6

1. Titre du mémoire

2. Identification

Numéro d'étudiant

Nom

Prénom

3. Adresse

Numéro Rue Appartement

Ville, village ou municipalité Code postal

Province/État Pays

4. Autres moyens de communication

Courriel

Ind. rég. Téléphone au domicile Ind. rég. Téléphone au travail Poste

5. Signatures

Par la présente, je demande que mon mémoire ne soit pas diffusé pendant les 12 mois qui suivent son dépôt final.
Mon mémoire ne sera donc pas déposé au Service de la documentation de l'Université TÉLUQ ni reproduit d'aucune
manière avant l'expiration de ce délai.

Signature de l'étudiant (non requise par courriel) Date

Réservé à l'administration

J'approuve cette requête.

Signature du directeur du mémoire Date