



Révision de note

Appel de la décision de l'enseignant¹

Nom et prénom de l'étudiant :

N° de dossier :

Cours
Sigle et numéro

Titre

Section

Session

Enseignant :

Évaluation
Note obtenue %

JJ-MM-AAAA

Révision par l'enseignant :

JJ-MM-AAAA

Date de communication des résultats

JJ-MM-AAAA

Date de la demande

Date de la réponse

Appel de la décision de l'enseignant :

Motifs de la demande (veuillez décrire l'erreur ou le traitement inéquitable dont vous considérez avoir été victime).

Signature :

Date :

JJ-MM-AAAA

¹ Ce formulaire doit être rempli par l'enseignant en réponse à une demande de révision de note d'un étudiant qui estime avoir été victime d'une erreur ou d'un traitement inéquitable (Université Laval, *Règlement des études*, Québec, décembre 2016, article 318) et être retourné à l'étudiant au plus tard dans les dix jours ouvrables qui suivent la demande de révision.