



## Révision de note

### Appel de la décision de l'enseignant<sup>1</sup>

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

---

<sup>1</sup> Ce formulaire doit être rempli par l'étudiant à la suite d'une demande de révision de note adressée à l'enseignant. La personne qui estime avoir été victime d'une erreur ou d'un traitement inéquitable (Université Laval, Règlement des études, Québec, décembre 2016, article 318) remplit ce formulaire et l'adresse à la direction de l'École de langues dans les dix jours ouvrables qui suivent la réponse de l'enseignant.