



UNIVERSITÉ
LAVAL

Faculté de pharmacie

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), _____, étudiant(e) dans un programme de la Faculté de pharmacie, déclare ce qui suit :

Je déclare sur l'honneur que j'ai été absent(e) à une évaluation pour les motifs suivants :

_____.

Période de l'absence (jour/mois/année) : _____

Et j'ai signé à (ville) _____, le _____ jour du mois de _____ 20____.

****Je suis conscient(e) que dans le cas de demandes abusives ou récurrentes, des pièces justificatives supplémentaires pourraient être demandées.***

Prénom, Nom

Signature