

## DIRECTION DE RECHERCHE

Maîtrise

Doctorat

Nom de l'étudiant(e) : \_\_\_\_\_

Matricule : \_\_\_\_\_

Option : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Nom du directeur(trice) de recherche : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Nom du co-directeur(trice) de recherche: \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Veillez envoyer le formulaire à la TGDE des cycles supérieurs à  
l'adresse suivante : [cycles-sup@eri.umontreal.ca](mailto:cycles-sup@eri.umontreal.ca)**