|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pharmacie_Couleur.gif | **Demande de reconnaissance des acquis expérientiels** |  |

**Modalités :** veuillez compléter ce formulaire et le joindre à votre demande d’admission ou le faire suivre au perfectionnement professionnel ([perfprofpharm@umontreal.ca](mailto:perfprofpharm@umontreal.ca)) avant la fin du premier trimestre de votre admission au programme. Les demandes reçues après cette période ne seront pas acceptées.

**Identification**

**Nom**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Prénom**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Matricule / code permanent** (si disponible) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Courriel** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sigle**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Titre du cours** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Nombre de crédit** \_\_\_\_

**Justification de la demande**

Décrivez votre expérience professionnelle et les formations continues non créditées complétées qui selon vous justifient une reconnaissance des acquis expérientiels. Soyez précis [# d’heures de formation, type de pratique, années d’expérience dans le domaine, milieu de travail, activités de rayonnement connexes (publications, conférences ou cours offerts, recherche), etc.] (maximum 8 000 caractères, environ 600 mots).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Réservé à la Faculté de pharmacie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Demande : Acceptée  Refusée | Sigle \_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre de crédit accordé \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Justification (si refus)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Approuvé par : \_\_\_\_\_\_\_\_ | | Date : \_\_\_\_\_\_\_\_ |