

ÉVALUATION D'UNE CANDIDATURE AU DOCTORAT

IDENTIFICATION DU CANDIDAT OU CANDIDATE

NOM : _____

CODE PERMANENT UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

NUMÉRO DE CONFIRMATION DE VOTRE DEMANDE D'ADMISSION : _____

À REMPLIR PAR LE RÉPONDANT

NOM : _____

FONCTION : _____

INSTITUTION : _____

Vous avez connu ce (tte) candidat (e) en tant que :
Directeur de recherche
Directeur de département
Professeur
Autre : _____

Depuis combien de temps : _____

Veillez donner votre opinion sur le (la) candidat (e) en cochant ci-dessous dans la case appropriée

	Moyen		Bon		Très bon		Exceptionnel	Connaissance insuffisante
Connaissances acquises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assiduité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugement de maturité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Originalité et imagination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté d'expression orale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clarté d'expression écrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appréciation globale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pourquoi selon vous devrait-il (elle) entreprendre des études de doctorat?

Signature _____

Date : _____

FAIRE PARVENIR :

**REGISTRARIAT
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
C.P. 6128, SUCC. CENTRE-VILLE
H3C 3J7**