|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pharmacie_Couleur.gif | **Demande d’équivalence pour les cours PHA 1110, PHA 1120, PHA 1130 et PHA 1140 du Pharm. D.**  **Étudiants en provenance du programme de Baccalauréat en sciences biopharmaceutiques** |  |

**SECTION 1 - Identification**

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

**Matricule** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Téléphone** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Courriel** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre d’années de scolarité complété au BSBP :**

**1 an  2 ans (remplir les deux formulaires du BSBP)  3 ans (remplir les deux formulaires du BSBP)**

**SECTION 2 - Équivalence pour les cours PHA 1110 (2 crédits), PHA 1120 (2 crédits), PHA 1130 ( 4 crédits) et PHA 1140 (3 crédits) \***

*Veuillez indiquer :*

* *Les sigles de cours que vous avez suivis;*
* *La note obtenue dans chacun de ces cours, l’année d’obtention et joindre une copie de votre relevé de notes.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Combinaison  de cours** | **Sigle de cours au BSBP** | **Note obtenue** | **Année d’obtention** | **Cours équivalents EQV *(réservé à la direction)*** |
| *SBP1005, SBP1035, PBC1000,*  *PBC2020, MCB1097*  ***ou***  *SBP1006, SBP1007, SBP1035, MCB1097*  ***ou***  *SBP1006, SBP1007  et SBP1035* | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | **Accepté**  **Refusé**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Signature** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_ |

*\* Les étudiants n’ayant pas obtenu de cours de nutrition devront participer aux unités d’apprentissage relatives à la nutrition. Les informations nécessaires seront transmises ultérieurement par le Bureau des affaires académiques du Pharm. D.*

**J’assume les impacts d’un régime d’inscription à temps partiel au trimestre d’automne de ma première année au programme du Pharm. D.**

**Signature de l’étudiant** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_