

**MICROPROGRAMME COMPLÉMENTAIRE EN MUSCULO-SQUELETTIQUE  
AUTORISATION À TRANSMETTRE DES INFORMATIONS**

Nom :	Prénom :	Matricule :
M.Sc.A. <input type="checkbox"/> Ph.D. <input type="checkbox"/>	Programme :	
Option ou orientation :	Microprogramme :	
Directeur de recherche :		
Codirecteur :	Codirecteur :	

**AUTORISATION DE L'ÉTUDIANT**

En raison des dispositions particulières du microprogramme complémentaire en Musculo-squelettique, j'autorise le Registrariat de l'École Polytechnique à transmettre toutes les informations relatives à mon dossier étudiant au coordonnateur du microprogramme de l'Université de Montréal. Le programme est offert conjointement par l'École Polytechnique et l'Université de Montréal.

Nom du coordonnateur du microprogramme : \_\_\_\_\_

_____ Signature de l'étudiant	_____ Date
_____ Signature du coordonnateur du microprogramme complémentaire en Musculo-squelettique	_____ Date

**RÉSERVÉ AU REGISTRARIAT**

_____ Signature autorisée du Registrariat	_____ Date
--	---------------