



PLEASE PRINT / ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

| | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|--|--|--|----------------------------|---------------|-------------|
| STUDENT NO. / N° MATRICULE | | STUDENT NAME / NOM DEL'ÉTUDIANT/E | | FAMILY NAME / GIVEN NAMES / MR. MRS. MS | | NOM / PRÉNOMS / M. MME MLE | | |
| MCGILL E-MAIL ADDRESS / COURRIEL MCGILL | | | | | | | | |
| COURSE NUMBER / NUMÉRO DU COURS | | SECTION | INSTRUCTOR/LECTURER NAME / NOM DU CHARGÉ(E) DE COURS/CONFÉRENCIER(E) | | | | | |
| COURSE TITLE / NOM DU COURS | | | | PROGRAM / PROGRAMME | | | | |
| YEAR/MONTH COURSE STARTED / ANNÉE/MOIS DE DÉBUT DU COURS | | YEAR / ANNÉE : | MONTH / MOIS: | DATE GRADED DOCUMENT WAS RECEIVED / DATE À LAQUELLE LE DOCUMENT CORRIGÉ A ÉTÉ REÇU | | YEAR / ANNÉE : | MONTH / MOIS: | DAY / JOUR: |

CHECK ONLY ONE:
COCHER SEULEMENT UNE CASE :

FINAL EXAM / EXAMEN FINAL

OTHER / AUTRE*(SPECIFY / SPECIFIEZ): _____

➡ IF YOU CHECKED *OTHER:

DID YOU SPEAK WITH YOUR INSTRUCTOR/COURSE LECTURER ABOUT THE RE-ASSESSMENT?
YES NO

I AM SUBMITTING MY ORIGINAL CORRECTED DOCUMENT
YES

I HAVE KEPT A COPY OF MY DOCUMENT FOR MY REFERENCE
YES NO

➡ SI VOUS AVEZ COCHÉ *AUTRE :

AVEZ-VOUS CONSULTÉ VOTRE CHARGÉ(E) DE COURS/ CONFÉRENCIER(IÈRE) AU SUJET DE VOTRE DEMANDE DE RÉVISION ?
OUI NON

JESOUMETSL'ORIGINAL DEMON DOCUMENT CORRIGÉ
OUI

J'AI GARDÉ UNE COPIE DE CE DOCUMENT POUR MA PROPRE RÉFÉRENCE
OUI NON

REASON FOR REQUESTING THE RE-READ / INDIQUER LA RAISON POUR LA DEMANDE DE RÉVISION :

IMPORTANT INFORMATION

FEE: \$42.34 PAYABLE BY DEBIT, CREDIT CARD, CERTIFIED CHEQUE OR MONEY ORDER, (PAYABLE TO MCGILL UNIVERSITY). FOR THE RE-READ POLICY, PLEASE REFER TO THE SCHOOL OF CONTINUING STUDIES WEBSITE AT: WWW.MCGILL.CA/CONTINUINGSTUDIES/CURRENT-STUDENTS/STUDENT-RECORDS/GRADES/VERIFICATION-AND-REREADS.

CLIENT SERVICES WILL ONLY ACCEPT YOUR ORIGINAL CORRECTED DOCUMENT FOR SUBMISSION FOR A RE-READ.

- ONCE YOUR DOCUMENT IS RE-READ BY A THIRD PARTY, THERE IS NO FURTHER APPEAL POSSIBLE. THE DECISION IS FINAL.
- YOUR GRADE CAN GO UP, DOWN OR REMAIN THE SAME.
- PLEASE ALLOW 20 WORKING DAYS FOR PROCESSING. YOU WILL RECEIVE A RESPONSE AT THE MCGILL EMAIL ADDRESS YOU INDICATED ABOVE.

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

FRAIS : 42.34 \$ PAYABLE PAR CARTE DE DÉBIT OÙ CREDIT, CHÈQUE VISÉ OU MANDAT, (À L'ORDRE DEL'UNIVERSITÉ MCGILL). POUR CONSULTER LA POLITIQUE EN MATIÈRE DE RÉVISION, VEUILLEZ VOUS RÉFÉRER AU SITE WEB DE L'ÉCOLE D'ÉDUCATION PERMANENTE AU: WWW.MCGILL.CA/CONTINUINGSTUDIES/FR/ETUDIANTS/DOSSIERS-DES-ETUDIANTS/NOTES-ET-RELEVES-DE-NOTES/VERIFICATION-ET-REVISIONS.

LE SERVICE AUX CLIENTS ACCEPTERA SEULEMENT L'ORIGINAL DU DOCUMENT CORRIGÉ POUR UNE DEMANDE DE RÉVISION.

- LORSQUE LE DOCUMENT EST REVISÉ PAR UNE TIERCE PARTIE, LA DÉCISION RENDUE EST FINALE ET AUCUNE AUTRE DEMANDE DE RÉVISION PEUT ÊTRE ACCEPTÉE.
- VOTRE NOTE PEUT AUGMENTER, DIMINUER OU RESTER LA MÊME.
- VEUILLEZ ALLOUER 20 JOURS OUVRABLES POUR LE TRAITEMENT DE VOTRE DEMANDE. VOUS RECEVREZ UNE RÉPONSE À L'ADRESSE COURRIEL MCGILL TEL QU'INDIQUÉ SUR CE FORMULAIRE.

STUDENT'S SIGNATURE / SIGNATURE DE L'ÉTUDIANT(E)

DATE

FOR DEPARTMENT USE ONLY / RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION
(MARKER'S COMMENTS / OBSERVATIONS DU CORRECTEUR)

I HAVE RE-READ THE ABOVE PAPER AND I:
J'AI RECORRIGÉ LE DEVOIR CI-DESSUS ET JE:

RECOMMEND NO CHANGE / NE RECOMMANDE AUCUN CHANGEMENT

RECOMMEND THE MARK TO BE CHANGED / RECOMMANDE QUE LA NOTE SOIT MODIFIÉE

FROM/DE: _____ TO/À: _____

COMMENTS / COMMENTAIRES: _____

MARKER'S SIGNATURE / SIGNATURE DU CORRECTEUR

DATE