

FORMULAIRE DE RAPPORT ACADÉMIQUE

Ce formulaire doit être complété par le doyen ou la doyenne de la faculté où le diplôme de doctorat en médecine dentaire a été obtenu par le candidat ou la candidate.

Ce formulaire vise à permettre aux évaluateurs et évaluatrices du comité de sélection de comparer les dossiers sur une base objective.

Les informations recueillies seront utilisées de manière prospective pour la sélection des candidats et feront ensuite partie d'une base de données pour l'étude rétrospective des critères de sélection au programme.

INFORMATION SUR LE PROGRAMME

Université :	
Faculté :	
Adresse :	
Personne-contact :	
Numéro de téléphone et adresse courriel :	
Nom du doyen ou de la doyenne :	

INFORMATION SUR LE CANDIDAT OU LA CANDIDATE

Nom du candidat ou de la candidate :	
Date de début de programme :	
Date de fin de programme :	

L'étudiant.e est dans la ___ année d'un programme de ___ années pour obtenir un diplôme de doctorat en médecine dentaire (DMD de 1 ^{er} cycle) ou DDS.	
Taille de la classe dans l'année au cours de laquelle l'étudiant.e a été admis.e :	
Nombre approximatif de candidats cette année-là :	
Taille de la classe diplômée :	

Moyenne pondérée cumulative pour cette classe à l'admission _____ sur une échelle de _____

Moyenne pondérée de cette classe après l'obtention du diplôme _____ sur une échelle de _____

	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
GPA candidat.e					

Rang de l'étudiant ou de l'étudiante	
--------------------------------------	--

Évaluation de la capacité académique :

au-dessus de la moyenne dans la moyenne sous la moyenne

Évaluation de la capacité clinique :

au-dessus de la moyenne dans la moyenne sous la moyenne

Commentaires additionnels :

--

Signature du doyen ou de la doyenne

Date de signature