

# MODIFICATION / ANNULATION D'INSCRIPTION

1<sup>ER</sup> CYCLE

# MODIFICATION / CANCELLATION OF REGISTRATION

UNDERGRADUATE PROGRAMS

Afin de faciliter et d'accélérer le processus de remboursement (s'il y a lieu), veuillez inscrire les renseignements précis et complets et signer le formulaire.

- Prière d'écrire en caractères d'imprimerie
- N'écrivez pas dans les cases ombragées
- Remettre l'ensemble du formulaire

**N.B. :** Dans le présent document, le genre non marqué, quand il est employé pour désigner des personnes, renvoie aussi bien à des femmes qu'à des hommes.

To expedite the processing of applicable refunds (if any), please provide complete and accurate data and sign the form.

- Please print
- Do not write in shaded areas
- Return the entire form

**NOTE:** In this document, masculine pronouns are used when no gender indicated.

CETTE DEMANDE S'APPLIQUE AU TRIMESTRE  
THIS REQUEST APPLIES TO THE FOLLOWING TERM

- AUTOMNE FALL    HIVER WINTER    PRINTEMPS SPRING    ÉTÉ SUMMER

ANNÉE | YEAR

N° D'ÉTUDIANT | STUDENT NO.

NOM DE FAMILLE | SURNAME

PRÉNOM(S) | GIVEN NAME(S)

FACULTÉ FACULTY	
PROGRAMME PROGRAM	
GRADE POSTULÉ DEGREE SOUGHT	<input type="checkbox"/> CERTIFICAT CERTIFICATE <input type="checkbox"/> BACCALAURÉAT BACCALAUREATE <input type="checkbox"/> SPÉCIALE SPECIAL <input type="checkbox"/> PROPÉDEUTIQUE QUALIFYING YEAR
CLASSIFICATION	<input type="checkbox"/> TEMPS COMPLETE FULL-TIME <input type="checkbox"/> TEMPS PARTIEL PART-TIME
ANNÉE YEAR	<input type="checkbox"/> 1 <sup>RE</sup> ST <input type="checkbox"/> 2 <sup>ND</sup> <input type="checkbox"/> 3 <sup>RD</sup> <input type="checkbox"/> 4 <sup>TH</sup>

COURS À SUPPRIMER | COURSES TO BE DROPPED

COTE DE COURS   COURSE CODE				SECTION	FRÉQUENTATION ATTENDANCE *	RÉSERVÉ À LA FACULTÉ FOR FACULTY USE ONLY
ALPHA	NUMÉ.   NUME.CODE					
A B C	1	2	3	4	5	6

**NOTE**  
L'INSCRIPTION AUX COURS N'EST OFFICIELLE QU'UNE FOIS APPROUVÉE PAR LA FACULTÉ.  
REGISTRATION IN COURSES IS NOT OFFICIAL UNTIL APPROVED BY THE FACULTY.

COURS À AJOUTER | COURSES TO BE ADDED

COTE DE COURS   COURSE CODE				SECTION	FRÉQUENTATION ATTENDANCE *	RÉSERVÉ À LA FACULTÉ FOR FACULTY USE ONLY
ALPHA	NUMÉ.   NUME.CODE					
A B C	1	2	3	4	5	6

\* AUD = AUDITEUR | AUDITOR

HP = HORS-PROGRAMME | OUT OF PROGRAM

ADD = ADDITIONNEL AUX EXIGENCES | ADDITIONAL TO REQUIREMENTS

I  **INTERRUPTION TEMPORAIRE DES ÉTUDES**

À QUEL TRIMESTRE PRÉVOYEZ-VOUS REPRENDRE VOS ÉTUDES?

**TEMPORARY INTERRUPTION OF STUDIES**

FOR WHICH TERM DO YOU EXPECT TO RESUME YOUR STUDIES?

COCHEZ CETTE CASE **SEULEMENT** SI VOUS AVEZ **SUPPRIMÉ TOUS VOS COURS** ET DÉSIREZ INTERROMPRE VOS ÉTUDES AU PROGRAMME INDIQUÉ.  
CHECK THIS BOX **ONLY** IF YOU HAVE **DROPPED ALL YOUR COURSES** AND WISH TO INTERRUPT YOUR STUDIES IN THE PROGRAM INDICATED ABOVE.

AUTOMNE FALL  HIVER WINTER  PRINTEMPS SPRING  ÉTÉ SUMMER

ANNÉE | YEAR

R  **RETRAIT DU PROGRAMME WITHDRAWAL FROM THE PROGRAM**

COCHEZ CETTE CASE **SEULEMENT** SI VOUS AVEZ **SUPPRIMÉ TOUS VOS COURS** ET DÉSIREZ INTERROMPRE VOS ÉTUDES POUR UNE PÉRIODE DE **PLUS DE 24 MOIS**. DANS CE CAS, UNE NOUVELLE DEMANDE D'ADMISSION SERA NÉCESSAIRE POUR UN RE-TOUR AUX ÉTUDES À L'UNIVERSITÉ SAINT-PAUL.

CHECK THIS BOX **ONLY** IF YOU HAVE **DROPPED ALL YOUR COURSES** AND WISH TO INTERRUPT YOUR STUDIES FOR A PERIOD OF **MORE THAN 24 MONTHS**. IN THIS CASE, A NEW APPLICATION FOR ADMISSION FORM WILL BE REQUIRED TO RESUME STUDIES AT SAINT PAUL UNIVERSITY.

INTERRUPTION OU RETRAIT  
INTERRUPTION OR WITHDRAWAL

VO  VOLONTAIRE VOLUNTARY M  MALADIE ILLNESS DF  DIFFICULTÉS FINANCIÈRES FINANCIAL DIFFICULTIES  
CO  CHANGEMENT D'ORIENTATION CHANGE OF DIRECTION RP  RAISONS PERSONNELLES PERSONAL REASONS

INTERRUPTION /  
RETRAIT EN VIGUEUR LE  
INTERRUPTION /  
WITHDRAWAL EFFECTIVE ON

ANNÉE | YEAR / MO. / JR. | DAY

DF  SUR DEMANDE DE LA FACULTÉ  
AT REQUEST OF FACULTY

DU  SUR DEMANDE DE L'UNIVERSITÉ  
AT REQUEST OF THE UNIVERSITY

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS CI-DESSUS SONT EXACTS ET COMPLETS ET JE SAIS QUE LE DROIT AU REMBOURSEMENT EST INDIQUÉ DANS LE CALENDRIER UNIVERSITAIRE SUR LE SITE INTERNET DE L'UNIVERSITÉ SAINT-PAUL.

I CERTIFY THAT THE ABOVE INFORMATION IS TRUE AND COMPLETE AND I AM ALSO AWARE THAT THE RIGHT TO REFUND IS GOVERNED BY THE SESSIONAL DATES PUBLISHED ON THE SAINT PAUL UNIVERSITY WEBSITE.

DATE

SIGNATURE - CANDIDAT | APPLICANT

ANNÉE | YEAR / MO. / JR. | DAY

X

**FACULTÉ (UNIVERSITÉ SAINT-PAUL) - FACULTY (SAINT PAUL UNIVERSITY)**

FACULTÉ | FACULTY

DATE

SIGNATURE

ANNÉE | YEAR / MO. / JR. | DAY

X