

> Composante (UFR/département, École, Institut)

> année universitaire

REFUS DE COMPENSATION SEMESTRIELLE ET/OU INTER-SEMESTRIELLE

Numéro étudiant-e UT2J		<input type="text"/>	
Nom	<input type="text"/>	Adresse	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nom d'usage	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Code postal	<input type="text"/>
Mail	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>

> INSCRIT-E EN

déclare, en vertu de l'article 1.9 de la charte du contrôle des connaissances, **refuser la compensation** :

COMPENSATION SEMESTRIELLE

j'ai obtenu un résultat ADM (admis-e) au-x semestre-s ci-dessous mais je souhaite repasser une ou plusieurs UE dont la note est inférieure à 10/20

> LICENCE <

LICENCE 1	Semestre 1
	Semestre 2
LICENCE 2	Semestre 3
	Semestre 4
LICENCE 3	Semestre 5
	Semestre 6

> MASTER <

MASTER 1	Semestre 7
	Semestre 8

J'ai pris connaissance que **ce refus est définitif** et que **tout refus de compensation semestrielle vaut également refus de compensation inter-semestrielle** (entre 2 semestres d'une même année de formation).

Cet imprimé doit être déposé ou envoyé à votre gestionnaire de scolarité au plus tard à la date indiquée sur votre espace IRIS (Licence 1, 2 ou 3) ou sur le site de l'UFR de psychologie (Master 1).

Date

Signature (**obligatoire**)