

Nouveau concours

Programme d'appui aux initiatives interfacultaires en enseignement

Projets transversaux du Laboratoire d'innovation

Formulaire de demande

SOUSSION DU DOSSIER

DATE LIMITE : **le 27 septembre 2019**

Transmettre votre dossier à l'adresse suivante : labo-innovation@umontreal.ca

Veillez indiquer en objet :

Programme d'appui initiatives interfacultaire en enseignement - Projets du Laboratoire d'innovation

DOCUMENTS À JOINDRE AVEC LE FORMULAIRE

- Plan de travail et calendrier de réalisation
- Un tableau synthèse des demandes et justifications budgétaires pour chacune d'elles

INFORMATION SUR L'ÉQUIPE PÉDAGOGIQUE

Décrivez l'équipe pédagogique (membres, appartenance facultaire, appartenance départementale (s'il y a lieu), institution, rôle, partenaires externes, etc.)

INFORMATION SUR L'INITIATIVE PROPOSÉE

1- Inscrivez le titre de l'initiative et faites-en une courte description

INFORMATION SUR L'INITIATIVE PROPOSÉE (SUITE)

2- Spécifiez le contenu et la programmation visés

INFORMATION SUR L'ACTIVITÉ PROPOSÉE (SUITE)

3- Spécifiez les objectifs pédagogiques

Objectif général (votre intention pédagogique, point de vue de l'enseignant)	Objectifs d'apprentissage (ce que les étudiants seront en mesure de réaliser à la fin de l'activité, point de vue de l'étudiant)

INFORMATION SUR L'ACTIVITÉ PROPOSÉE (SUITE)

4- Spécifiez les modalités d'évaluation visées

--

INFORMATION SUR L'ACTIVITÉ PROPOSÉE (SUITE)

5- Spécifiez les caractéristiques des étudiants visés et le nombre d'inscriptions

--

CONFORMITÉ DE L'ACTIVITÉ AVEC LES OBJECTIFS DU PROGRAMME ET LES CRITÈRES

Justifiez en quoi l'initiative proposée répond à l'ensemble des critères et aux objectifs attendus du programme d'appui aux initiatives interfacultaires en enseignement

SIGNATURES

DOYEN/DOYENNE DE LA FACULTÉ 1 (Indiquez la faculté)

Prénom et nom	Faculté
Signature	DATE

DOYEN/DOYENNE DE LA FACULTÉ 2 (Indiquez la faculté)

Prénom et nom	Faculté
Signature	DATE

RESPONSABLE PÉDAGOGIQUE FACULTÉ 1 (Indiquez la faculté)

Prénom et nom	Faculté
Signature	DATE

RESPONSABLE PÉDAGOGIQUE FACULTÉ 2 (Indiquez la faculté)

Prénom et nom	Faculté
Signature	DATE

REPRÉSENTANT ORGANISATION EXTERNE

Prénom et nom	Nom de l'organisation
Signature	DATE

S'il y a d'autre facultés ou organisations externes (précisez)

Prénom et nom	Nom de la faculté/organisation
Signature	DATE

Prénom et nom	Nom de la faculté/organisation
Signature	DATE