[Titre Prénom Nom]

[Rue]

[Complément d'adresse]

[Case postale]

[CH-NPA Lieu]

Université de Fribourg

Faculté des sciences et de médecine

Décanat
Ch. du Musée 8
1700 Fribourg

Lieu et Date

**Réclamation sur l’appréciation du contenu des examens ou d’autres évaluations de capacités
Titre et code de l’examen**

Bonjour,

|  |
| --- |
| Description de la décision attaquée : |
| *[Titre et code de l’examen, date de l’examen, date de la publication du résultat, date de la consultation]* |
| Requête/demande : |
| *[Par exemple : augmentation de la note]* |
| Description des motifs et moyens de preuves éventuels : |
| *[Numéro de question et problème]* |

Meilleures salutations

*Signature obligatoire*

Prénom Nom
No. SIUS