

COURSE OR SECTION CHANGE REQUEST FORM



QUINSIGAMOND

Community College

670 West Boylston St.
Worcester, MA 01606

Student I.D. Number:

Print Student's Name:

Student's *Signature*:

Date: / /

Program

- FALL ____
- SPRING ____
- SUMMER ____
- INTERSESSION ____

FIRST CHOICE SELECTIONS

DROP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
						Advisor
DROP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
						Advisor
DROP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
						Advisor
DROP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
						Advisor

ADD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
						Advisor
ADD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
						Advisor
ADD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
						Advisor
ADD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
						Advisor

ALTERNATIVE SELECTIONS

DROP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
						Advisor
DROP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
						Advisor

ADD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
						Advisor
ADD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
						Advisor

PREREQUISITE WAIVER:

Waive Prerequisite of: for

Academic Administrator: _____ Date: _____
Signature

Basis for Waiver: _____

