

**DEMANDE DE SOUTENANCE DE THESE  
EN VUE DU  
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Ce document doit être remis dûment complété (rubriques I, II et III) à la scolarité 3<sup>ème</sup> CYCLE de la Faculté, **6 SEMAINES AVANT LA DATE PROPOSEE POUR LA SOUTENANCE** et **accompagné soit d'une photocopie de votre livret de famille soit un extrait de votre acte de naissance.**

**I- NOM et Prénom de l'étudiant(e) :** .....

(pour les étudiantes mariées: nom de jeune fille, suivi du nom d'épouse si cela est souhaité)

**Numéro étudiant(e) :** .....

**Date de naissance :** ..... à ..... (Dépt).....

**Mail :** ..... **Téléphone :** .....

**TITRE DE LA THESE (merci d'écrire lisiblement) :** .....

.....

.....

.....

**Date proposée pour la soutenance (voir N.B) :** **Le** .....

**A** ..... h.....

**Salle :** .....

**II- ATTESTATION DU DIRECTEUR. TRICE DE LA THESE :**

M / Mme ....., Directeur(trice) de la thèse, précise que M / Mme .....  
est prêt(e) à soutenir son mémoire de thèse en vue du  
Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine à la date ci-dessus indiquée (I).

**DATE ET SIGNATURE :**

**III- ACCORD DU JURY :** les soussignés sont d'accord pour faire partie du jury de thèse

Président.e :	Nom	Prénom	Titre	Mail	Signature
			PU		

1° assesseur :					
----------------	--	--	--	--	--

2° assesseur :					
----------------	--	--	--	--	--

3° assesseur :					
----------------	--	--	--	--	--

Membres invités :					

**IV- Vu, le DOYEN -  
Pr Pierre-Yves ROBERT**

(la signature du Doyen sera apposée sur la convocation officielle)