



AUTORISATION DE SOUTENANCE DE THÈSE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

N° Etudiant : _____

NOM de naissance : _____ Prénom : _____

En D.E.S de : _____

Né(e) le _____ à _____ Département : _____

De nationalité : _____

Soutiendra le _____ , de _____ , _____

Le sujet suivant :

| |
|--|
| |
|--|

COMPOSITION DU JURY

| Intitulé, NOM, Prénom | Grade | Coordonnées | Tampon et Signature |
|------------------------------------------------------|-------|-------------|---------------------|
| <u>PRÉSIDENT DU JURY</u> Professeur | PU-PH | | |
| <u>DIRECTEUR DE THÈSE</u> | | | |
| <u>MEMBRES</u> | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |