



UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE MÉDECINE

TITRE DE THÈSE

THÈSE DU DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

N° Etudiant :

NOM de naissance : Prénom :

Intitulé du D.E.S :

Adresse :

Tél. portable : Email personnel :

est autorisé(e) à traiter le sujet de thèse suivant :

Le à,

Directeur de Thèse :

Président du Jury

(Tampon et signature)

Vu, le Doyen,

Directeur de la Faculté de Médecine de Nantes

Nantes, le

Nantes, le