

Autorisation de soutenance de thèse

En vue de l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine

N° Etudiant : _____

NOM de naissance : _____ Prénom : _____

Intitulé du D.E.S : _____

Né(e) le _____ A _____ Département : _____

Nationalité : _____

Soutiendra le : _____ , de _____

Le sujet suivant :

COMPOSITION DU JURY

Intitulé, Nom, Prénom	Grade	Coordonnées	Tampon et Signature
Président du Jury Professeur _____ _____	Pu-PH	Etablissement Service Code Ville Email	
Directeur de Thèse _____ _____		Etablissement Service Code Ville Email	
Membres : _____ _____		Etablissement Service Code Ville Email	
Membres : _____ _____		Etablissement Service Code Ville Email	
Membres : _____ _____		Etablissement Service Code Ville Email	
Membres : _____ _____		Etablissement Service Code Ville Email	