



AUTORISATION DE SOUTENANCE DE THESE

Je soussigné professeur :

Directeur de thèse, autorise l'impression de la thèse : Médecine Pharmacie

Nom et Prénom de l'étudiant :

Code apogée : CNE : CIN :

Date de naissance :/...../.....

Statut : Civil

Militaire

Nationalité :

Téléphone :

Email Institutionnel :

Interne CHU : OUI NON

Intitulé de la thèse :

.....

.....

Mots clés

.....

Et propose pour la soutenance le jury suivant :

Professeur	Président/Rapporteur / Membres	Signatures et cachés
	Président	
	Rapporteur	
	Membre	
	Membre	
	Membre	