

N° Etudiant : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Intitulé du D.E.S : _____

Tél portable : _____ Email personnel : _____

Si co-thèse (informations du co-étudiant)

NOM : _____ Prénom : _____

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

Le _____ A _____
(Date) (Horaire) (Lieu de soutenance)

Directeur de thèse : _____

Co-directeur de thèse : _____
(Si concerné)

Président du Jury :

(Tampon et signature)

Vu, le Doyen,

Directeur de la faculté de Médecine de Nantes

(Tampon et signature)

Professeur Antoine HAMEL

Nantes, le _____

Nantes, le _____