

UNIVERSITÉ PARIS EST CRÉTEIL
FACULTÉ DE SANTÉ

 **Année [AAAA] N° [à remplir par la bibliothèque]**

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D’ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Discipline : [Médecine Générale / Spécialité]

Présentée et soutenue publiquement le :
à
[Créteil / Autre ville si soutenance dans une autre Université]

Par
**[Prénom NOM]**

[Titre de la thèse : sous-titre (en minuscules sauf pour les acronymes et les noms propres)]

Président du jury : [M./Mme le/la Docteur/Professeur Prénom NOM]

Directeur de thèse : [M./Mme le/la Docteur/Professeur Prénom NOM]
Co-directeur de thèse : [M./Mme le/la Docteur/Professeur Prénom NOM]