**(Annexe n° 3)**

**SOUTENANCE A LA FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL**

Candidat : (*Nom, Prénom*) ……………………..…………………………………………….

**Composition du jury :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Membres du jury** | **Titre** (M./Mme) | **Nom** | **Prénom** | **Coordonnées** |
| Président du jury (PU-PH appartenant à la faculté de médecine de Créteil)…………………………………………….Discipline : ………………………………Lieu d’affectation : ……………….….………………………………….……………… |  |  |  |  |
| enseignant titulaire des disciplines médicalesprécisez le statut :…………………………………………………Discipline : …………………………………Lieu d’affectation : …………………….……………………………………………..…… |  |  |  |  |
| enseignant titulaire des disciplines médicalesprécisez le statut :………………………………………….……….Discipline : ………………………………….Lieu d’affectation : …………………….………………………………………………….. |  |  |  |  |
| enseignant titulaire des disciplines médicalesprécisez le statut :……………………………..…………………….Discipline : …………………………………Lieu d’affectation : …………………...………………………………………………..… |  |  |  |  |
| enseignant titulaire des disciplines médicalesprécisez le statut :…………………………………….…………….Discipline : …………………………..……Lieu d’affectation : …………………..………………………………………………..… |  |  |  |  |

Titre de la thèse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Votre soutenance de thèse se déroule à la Faculté de Médecine de Créteil :**

Date de soutenance proposée : le ……… / ……… / ………

Horaires de soutenance : de ………..h……….. à …………h…

Signature du Directeur de Thèse Créteil, le

et cachet approuvé par Monsieur le Doyen

(*ci-dessous*) de la faculté de médecine de Créteil