**(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 médicales  précisez le statut :  …………………………………………………  Discipline : …………………………………  Lieu d’affectation : …………………….  ……………………………………………..…… |  |  |  |  |
| enseignant titulaire des disciplines médicales  précisez le statut :  ………………………………………….……….  Discipline : ………………………………….  Lieu d’affectation : …………………….  ………………………………………………….. |  |  |  |  |
| enseignant titulaire des disciplines médicales  précisez le statut :  ……………………………..…………………….  Discipline : …………………………………  Lieu d’affectation : …………………...  ………………………………………………..… |  |  |  |  |
| enseignant titulaire des disciplines médicales  précisez 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