

SOUTENANCE A LA FACULTE DE SANTE DE CRETEIL

FORMULAIRE D'ENGAGEMENT A PRESIDER LE JURY D'UNE THESE

PRESIDENT DU JURY

Après avoir pris connaissance des règlements en vigueur, je soussigné(e),

M.....

En qualité de Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (P.U.-P.H.)

En fonction à **la Faculté** de :

Thèse dirigée par le Docteur :

.....
...

S'ENGAGE A PRESIDER LE JURY DE LA THESE QUE :

M.....

S'engage à soutenir dans le but d'obtenir le : **DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Discipline :

Le titre de la thèse est le suivant :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à CRETEIL, le :

Le Président du jury
Cachet et signature :

le (ou la) candidat(e)
Signature :

SOUTENANCE A LA FACULTE DE SANTE DE CRETEIL

DEMANDE D'AUTORISATION DE DIRIGER UNE THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIRECTEUR DE THESE

Après avoir pris connaissance des règlements en vigueur,

Je soussigné(e), M.

En qualité de :

...

En fonction à la Faculté de :

Thèse dont le jury sera présidé par le Professeur :

.....

S'ENGAGE A DIRIGER LA THESE QUE :

M.....

S'engage à soutenir dans le but d'obtenir le

DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline :

Fait à CRETEIL, le :

Le Directeur de thèse :

Cachet et signature :

Le (ou la) candidat(e) :

Signature :

AVIS DU DOYEN DE LA FACULTÉ DE SANTE DE CRETEIL

(_) Favorable

(_) Défavorable

Fait à CRETEIL, le :

Le Doyen

Cachet et signature :

SOUTENANCE DANS UNE AUTRE FACULTE

FORMULAIRE D'ENGAGEMENT A PRESIDER LE JURY D'UNE THESE

PRESIDENT DU JURY

Après avoir pris connaissance des règlements en vigueur, je soussigné(e),

M.....

En qualité de : Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (P.U.-P.H.)

En fonction à la Faculté de :

Thèse dirigée par :

.....

S'ENGAGE A PRESIDER LE JURY DE LA THESE QUE :

M.....

S'engage à soutenir, dans le but d'obtenir le :

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline :

Le titre de la thèse est le suivant :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à CRETEIL, le :

Le Président du jury
Cachet et signature :

le (ou la) candidat(e)
Signature :

SOUTENANCE DANS UNE AUTRE FACULTE

DEMANDE D'AUTORISATION DE DIRIGER UNE THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIRECTEUR DE THESE

Je soussigné(e) M.....

En qualité de :

En fonction à la Faculté de :

Thèse dont le jury sera présidé par le Professeur ::

.....

S'ENGAGE A DIRIGER LA THESE QUE :

M.....

S'engage à soutenir dans le but d'obtenir le : **DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Discipline :

Fait à , le :

Le Directeur de thèse

Cachet et signature :

AVIS DU DOYEN DE LA FACULTÉ DE SANTE DE CRETEIL

(_) Favorable

(_) Défavorable

Fait à CRETEIL, le :

Le Doyen

Cachet et signature :

SOUTENANCE A LA FACULTE DE SANTE 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 (PU-PH) : 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 Santé de Créteil :

Date de soutenance proposée : le / /

Horaires de soutenance : deh..... àh...

Créteil, le

Signature et cachet du Directeur de Thèse

Approuvé par Monsieur le Doyen
De la Faculté de Santé de Créteil

SOUTENANCE DANS UNE AUTRE FACULTÉ

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 ...) Discipline : Lieu d'affectation :				
Enseignant titulaire des disciplines médicales (PU-PH) : 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 :				

..... Discipline : Lieu d'affectation :				
--	--	--	--	--

Titre de la thèse :

.....
.....
.....

Votre soutenance de thèse se déroule à la Faculté de :

.....

Date de soutenance proposée : le / /

Horaires de soutenance : deh..... àh...

Créteil, le

Signature et cachet du Directeur de Thèse

...

Approuvé par Monsieur le Doyen
De la faculté de Santé de ...

SOUTENANCE A LA FACULTE DE SANTE DE CRETEIL

Candidat : (Nom, Prénom)

Composition du jury (biologie médicale) :

Membres du jury	Titre (M./Mme)	Nom	Prénom	Coordonnées
Président du jury (PU-PH en médecine appartenant à la faculté de médecine de Créteil) Discipline : Lieu d'affectation :				
Enseignant titulaire des disciplines (PU-PH en pharmacie) : 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 Santé de Créteil :

Date de soutenance proposée : le / /

Horaires de soutenance : deh..... àh...

Créteil, le

Signature et cachet du Directeur de Thèse

Approuvé par Monsieur le Doyen
De la faculté de Santé de Créteil

SOUTENANCE DANS UNE AUTRE FACULTÉ

Candidat : (Nom, Prénom)

Composition du jury (biologie médicale) :

Membres du jury	Titre (M./Mme)	Nom	Prénom	Coordonnées
Président du jury (PU-PH appartenant à la faculté de médecine de ...) Discipline : Lieu d'affectation :				
Enseignant titulaire des disciplines (PU-PH en pharmacie) : 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 _____ **:**

Date de soutenance proposée : le / /
Horaires de soutenance : deh..... àh...

Créteil, le

Signature et cachet du Directeur de Thèse

Approuvé par Monsieur le Doyen
De la faculté de Santé de Créteil

SOUTENANCE A FACULTE DE SANTE DE CRETEIL

(A faire remplir dans l'ordre)

DEMANDE D'AUTORISATION DE SOUTENANCE DE THESE

LE CANDIDAT

Je soussigné(e), sollicite l'autorisation de soutenir ma thèse de Doctorat en Médecine à l'U.F.R. de Santé de CRETEIL

Nom et Prénom.....

Adresse :

☎ :

Titre de la Thèse :

.....

.....

Nom du Président du jury :

Nom du Directeur de thèse :

Fait à CRETEIL, le :

Signature :

DIRECTEUR DE THESE

M. :

Directeur de la thèse, certifie que la rédaction de la thèse de :

M. :

Est terminée, que celle-ci est conforme aux normes exigées par l'U.F.R. (*), et que j'ai apposé ma signature sur les 3 exemplaires destinés à la bibliothèque universitaire et sur les 4 destinés aux membres du jury.

Fait à , le :

Cachet et signature :

(*) *Liste de conformité remplie par mes soins (annexe 5)*

BIBLIOTHEQUE

La bibliothèque de médecine de l'Université Paris Est Créteil certifie :

- avoir reçu pour dépôt 2 exemplaires de la thèse de :

M.

- avoir visé les exemplaires destinés au jury et le bordereau ABES

Fait à CRETEIL, le :

Cachet et signature :

SCOLARITE

La responsable du service de la scolarité du 3^e cycle de l'U.F.R. de Santé de CRETEIL certifie que **M.**.....

Est dans les conditions réglementaires requises pour soutenir sa thèse et qu'il a déposé les 4 exemplaires destinés au jury.

Fait à CRETEIL, le :

Cachet et signature :

SOUTENANCE DANS UNE AUTRE FACULTÉ

(A faire remplir dans l'ordre)

DEMANDE D'AUTORISATION DE SOUTENANCE DE THESE

LE CANDIDAT

Je soussigné(e), sollicite l'autorisation de soutenir ma thèse de Doctorat en Médecine à la Faculté de Médecine de :

.....

Nom et prénom :

Adresse :

☎ :

Titre de la Thèse :

.....

Nom du Président du jury :

Nom du Directeur de thèse :

Fait à CRETEIL, le :

Signature :

DIRECTEUR DE THESE

M. :

Directeur de la thèse, certifie que la rédaction de la thèse de

M.....

Est terminée, que celle-ci est conforme aux normes exigées par la Faculté (*), que j'ai apposé ma signature sur les 3 exemplaires destinés à la bibliothèque universitaire ainsi que sur les exemplaires destinés aux membres du jury.

Fait à , le :

Cachet et signature :

(* *Liste de conformité remplie par mes soins (annexe 5)*)

BIBLIOTHEQUE

La bibliothèque de médecine de l'Université Paris Est Créteil certifie :

- avoir reçu pour dépôt 2 exemplaires de la thèse de :

M.

- avoir visé les exemplaires destinés au jury et le bordereau ABES

Fait à CRETEIL, le :

Cachet et signature :

SCOLARITE

La responsable du service de la scolarité du 3^e cycle de la Faculté de Santé de CRETEIL certifie que M.....

Est dans les conditions réglementaires requises pour soutenir sa thèse et qu'il ira déposer les exemplaires destinés au jury à la faculté de médecine d'accueil.

Fait à CRETEIL, le :

Cachet et signature :

CHECK-LIST DE CONFORMITE DES THESES
--

- Dactylographie clairement lisible en interligne 1 ½
- Format 21 X 29,7 cm.....
- Reliure solide.....
- Numérotation continue des pages.....
- Page de couverture conforme au modèle.....
- Page de titre conforme au modèle.....
- Dos de couverture conforme au modèle.....
- * Résumé < 1700 caractères espaces compris
- * Mots-clés < 5
- Références bibliographiques présentées selon les normes

Fait à le.....

Cachet du Directeur de Thèse

Signature

SOUTENANCE A CRETEIL

UNIVERSITE PARIS-EST CRETEIL VAL DE MARNE

FACULTE DE SANTE DE CRETEIL

<<<<>>>><<<<>>>><<<<>>>><<<<>>>>>>>>

ANNEE

N°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE

DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : Médecine Spécialisée

Présenté(e) et soutenu(e) publiquement le

À : CRETEIL (PARIS EST CRETEIL)

Par

Né(e) le à

TITRE :

PRESIDENT DU JURY :

M., MME,

LA BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE

DIRECTEUR DE THESE :

M., MME,

**Signature du
Directeur de thèse**

**Cachet de la bibliothèque
universitaire**

SOUTENANCE DANS UNE AUTRE FACULTE

UNIVERSITE PARIS EST CRETEIL

FACULTE DE SANTE DE CRETEIL

ANNEE

N°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE

DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : Médecine Spécialisée

Présenté(e) et soutenu(e) publiquement le :

À : -----

Par

Né(e) le à

TITRE :

PRESIDENT DU JURY :

M., MME,

LA BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE

DIRECTEUR DE THESE :

M., MME,

**Signature du
Directeur de thèse**

**Cachet de la bibliothèque
universitaire**

UNIVERSITE PARIS-EST CRETEIL VAL DE MARNE

FACULTE DE SANTE DE CRETEIL

ANNEE

N°

**MEMOIRE
DU
DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
DE
BIOLOGIE MEDICALE**

Conformément aux dispositions des
Arrêtés du 10 septembre 1990 et du 23 janvier 2003,
Tient lieu de :

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Présenté(e) et soutenu(e) publiquement devant le Jury Interrégional le

À

Par

Né(e) le à

TITRE :

**PRESIDENT DU JURY :
UNIVERSITAIRE
M., MME**

LA BIBLIOTHEQUE

**DIRECTEUR DE THESE :
M., MME**

**Signature du
Directeur de thèse**

**Cachet de la bibliothèque
universitaire**

ANNEE :

NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR :

DIRECTEUR DE THESE :

TITRE DE LA THESE :

(Le résumé doit mettre en valeur les points clés du travail sous une présentation IMRAD. Il comprendra un maximum de 1700 caractères espaces compris).

MOTS-CLES : (5 mots-clés maximum)

Pour les établir, vous pouvez consulter le MESH dans le portail terminologique du site CISMef :

<http://www.chu-rouen.fr/cismef/>

-
-
-
-
-

ADRESSE DE LA FACULTÉ DE SANTE DE CRÉTEIL : 8, Rue du Général Sarrail - 94010 CRETEIL