

**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 :**

<b>Membres du jury</b>	<b>Titre (M./Mme)</b>	<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Coordonnées</b>
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 : de .....h..... à .....h...

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 :**

<b>Membres du jury</b>	<b>Titre (M./Mme)</b>	<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Coordonnées</b>
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 : de .....h..... à .....h...

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) :**

<b>Membres du jury</b>	<b>Titre (M./Mme)</b>	<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Coordonnées</b>
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 : de .....h..... à .....h...

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 : ..... .....				

..... ..... 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 : de .....h..... à .....h...

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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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 :

<b>CHECK-LIST DE CONFORMITE DES THESES</b>
--

- 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