

DATE DE RECEPTION A L'ECOLE DOCTORALE :

DATE DE RECEPTION AU COLLEGE DOCTORAL :

PROPOSITION DE JURY POUR UNE SOUTENANCE PREVUE LE :/...../.....
Le nombre des membres du jury est compris entre quatre et huit.

CANDIDAT

M Mme NOM : _____ Prénom : _____

N° d'étudiant : _____

Adresse postale : _____

Adresse électronique : _____ Téléphone : _____

TITRE COMPLET ET DEFINITIF DE LA THESE

Français : _____

Anglais : _____

SPECIALITE : _____

La thèse a-t-elle un caractère confidentiel ? OUI NON

Partiel Total

S'agit-il d'une thèse en cotutelle ? OUI NON

LE DIRECTEUR DE THESE

M Mme NOM : _____ Prénom : _____

Qualité : Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier Directeur de recherches

Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier Chargé de recherches

Autres Préciser : _____

Préciser l'EPST _____

HDR OUI NON

Etablissement où est statutairement affectée la personne proposée : _____

Adresse précise de cet établissement : _____

Adresse d'expédition du courrier (si différente de la précédente) : _____

Adresse électronique : _____ N° de téléphone : _____

CODIRECTEUR DE THESE /ENCADRANT ENTREPRISE (le cas échéant) :

M Mme NOM : _____ Prénom : _____

Qualité : Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier Directeur de recherches

Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier Chargé de recherches

Emérite

Autres Préciser : _____

Préciser l'EPST _____

HDR **OUI** **NON**

Etablissement où est statutairement affectée la personne proposée : _____

Adresse précise de cet établissement : _____

Adresse d'expédition du courrier (si différente de la précédente) : _____

Adresse électronique : _____ N° de téléphone : _____

CODIRECTEUR DE THESE /ENCADRANT ENTREPRISE (le cas échéant) :

M Mme NOM : _____ Prénom : _____

Qualité : Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier Directeur de recherches

Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier Chargé de recherches

Emérite

Autres Préciser : _____

Préciser l'EPST _____

HDR **OUI** **NON**

Etablissement où est statutairement affectée la personne proposée : _____

Adresse précise de cet établissement : _____

Adresse d'expédition du courrier (si différente de la précédente) : _____

Adresse électronique : _____ N° de téléphone : _____

RAPPORTEURS PROPOSES :

RAPPORTEUR externe

M Mme NOM : _____ Prénom : _____

Qualité : Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier Directeur de recherches

Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier Chargé de recherches

Emérite

Autres Préciser : _____

Préciser l'EPST _____

HDR **OUI** **NON**

Etablissement où est statutairement affectée la personne proposée : _____

Adresse précise de cet établissement : _____

Adresse d'expédition du courrier (si différente de la précédente) : _____

Adresse électronique : _____ N° de téléphone : _____

RAPPORTEUR externe

M Mme NOM : _____ Prénom : _____

Qualité : Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier Directeur de recherches

Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier Chargé de recherches

Emérite

Autres Préciser : _____

Préciser l'EPST _____

HDR **OUI** **NON**

Etablissement où est statutairement affectée la personne proposée : _____

Adresse précise de cet établissement : _____

Adresse d'expédition du courrier (si différente de la précédente) : _____

Adresse électronique : _____ N° de téléphone : _____

RAPPORTEUR « monde socio-économique » (s'il y a lieu)

M Mme NOM : _____ Prénom : _____

Qualité : Autre Préciser _____

Spécialité ou profil de compétence : _____

Entreprise : _____

Adresse postale : _____

Adresse électronique : _____ N° de téléphone : _____

AUTRES MEMBRES PROPOSES : Examineurs

M Mme NOM : _____ Prénom : _____

Qualité : Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier Directeur de recherches

Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier Chargé de recherches

Emérite

Autres Préciser : _____

Préciser l'EPST _____

HDR OUI NON

Etablissement où est statutairement affectée la personne proposée : _____

Adresse précise de cet établissement : _____

Adresse d'expédition du courrier (si différente de la précédente) : _____

Adresse électronique : _____ N° de téléphone : _____

M Mme NOM : _____ Prénom : _____

Qualité : Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier Directeur de recherches

Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier Chargé de recherches

Emérite

Autres Préciser : _____

Préciser l'EPST _____

HDR OUI NON

Etablissement où est statutairement affectée la personne proposée : _____

Adresse précise de cet établissement : _____

Adresse d'expédition du courrier (si différente de la précédente) : _____

Adresse électronique : _____ N° de téléphone : _____

M Mme NOM : _____ Prénom : _____

Qualité : Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier Directeur de recherches

Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier Chargé de recherches

Emérite

Autres Préciser : _____

Préciser l'EPST _____

HDR **OUI** **NON**

Etablissement où est statutairement affectée la personne proposée : _____

Adresse précise de cet établissement : _____

Adresse d'expédition du courrier (si différente de la précédente) : _____

Adresse électronique : _____ N° de téléphone : _____

M Mme NOM : _____ Prénom : _____

Qualité : Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier Directeur de recherches

Maitre de conférences/ MC-Praticien Hospitalier Chargé de recherches

Emérite

Autres Préciser : _____

Préciser l'EPST _____

HDR **OUI** **NON**

Etablissement où est statutairement affectée la personne proposée : _____

Adresse précise de cet établissement : _____

Adresse d'expédition du courrier (si différente de la précédente) : _____

Adresse électronique : _____ N° de téléphone : _____

ÉCOLES DOCTORALES :	
<input type="checkbox"/> ED 101 – Sciences juridiques <input type="checkbox"/> ED 182 – Physique et chimie physique <input type="checkbox"/> ED 221 – Augustin Cournot <input type="checkbox"/> ED 222 - Sciences chimiques <input type="checkbox"/> ED 269 - Mathématiques, sciences de l'information et de l'ingénieur	<input type="checkbox"/> ED 270 – Théologie et sciences religieuses <input type="checkbox"/> ED 413 – Sciences de la terre et de l'environnement <input type="checkbox"/> ED 414 – Sciences de la vie et de la santé <input type="checkbox"/> ED 519 - Sciences de l'Homme et des sociétés- Perspectives européennes <input type="checkbox"/> ED 520 - Humanités

Partie à compléter par le directeur de thèse :

Récapitulatif des membres proposés : nombre _____ Professeurs/Directeurs de recherches _____ Membres externes établissement/site _____ Femmes _____ Hommes	Récapitulatif des formations du doctorant: <input type="checkbox"/> Charte de déontologie <input type="checkbox"/> MOOC Intégrité de la recherche _____ Nbre Heures formations transversales _____ Nbre Heures formations disciplinaires	Soutenance dématérialisée (*) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Partiellement <input type="checkbox"/> Totalemment
---	--	--

(*) *Dématérialisation :*

- *partiellement : présence sur site obligatoire du doctorant, direction de thèse, président du jury*

- *totalemment : tous les membres sont en vidéoconférence*

Spécialité du diplôme de doctorat: _____
 (Choisie dans liste ci-jointe)

<p>Le Directeur de thèse atteste que le doctorant n'a pas de publications communes, ni de lien professionnel ou personnel avec les rapporteurs.</p> <p>Visa du Directeur de thèse : Date :</p> <p>Signature :</p>	<p>Avis du Directeur de l'école doctorale :</p> <p>Date :</p> <p>Signature</p>
<p>Décision du Président de l'Université :</p> <p>Date :</p> <p>Signature :</p>	