

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 électronique : Téléphone :

TITRE COMPLET ET **DEFINITIF** DE LA THESE (Français et Anglais)

Français :

Anglais :

Si possible la spécialité du diplôme de doctorat:
(Choisie dans liste ci-jointe)

La thèse a-t-elle un caractère confidentiel ? OUI NON
↳ Si oui : 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

Maître de conférences/ MC-Praticien Hospitalier Chargé de recherches

Autres, préciser :

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 : Téléphone :

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

M. Mme NOM : Prénom :

Qualité : Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier Directeur de recherches

Maître de conférences/ MC-Praticien Hospitalier Chargé de recherches

Emérite

Autres, préciser :

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 : Téléphone :

RAPporteur EXTERNE 1

M. Mme NOM :..... Prénom :.....

Qualité : Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier Directeur de recherches

Maître de conférences/ MC-Praticien Hospitalier Chargé de recherches

Emérite

Autres, préciser :

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 : Téléphone :

RAPporteur EXTERNE 2

M. Mme NOM :..... Prénom :.....

Qualité : Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier Directeur de recherches

Maître de conférences/ MC-Praticien Hospitalier Chargé de recherches

Emérite

Autres, préciser :

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 : Téléphone :

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

M. Mme NOM :..... Prénom :.....

Qualité :

Spécialité ou profil de compétence :

Entreprise :

Adresse postale :

.....

Adresse électronique : Téléphone :

EXAMINATEUR :

M. Mme NOM : Prénom :

Qualité : Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier Directeur de recherches
 Maître de conférences/ MC-Praticien Hospitalier Chargé de recherches
 Emérite
 Autres, préciser :

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 : Téléphone :

EXAMINATEUR :

M. Mme NOM : Prénom :

Qualité : Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier Directeur de recherches
 Maître de conférences/ MC-Praticien Hospitalier Chargé de recherches
 Emérite
 Autres, préciser :

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 : Téléphone :

EXAMINATEUR :

M. Mme NOM : Prénom :

Qualité : Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier Directeur de recherches
 Maître de conférences/ MC-Praticien Hospitalier Chargé de recherches
 Emérite
 Autres, préciser :

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 : Téléphone :

EXAMINATEUR :

M. Mme NOM :..... Prénom :.....

Qualité : Professeur/ Professeur-Praticien Hospitalier Directeur de recherches
 Maître de conférences/ MC-Praticien Hospitalier Chargé de recherches
 Emérite
 Autres, préciser :.....

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 : Téléphone :

ECOLE DOCTORALE :

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

PARTIE A COMPLETER PAR LE DIRECTEUR DE THESE :

Récapitulatif des membres proposés : (nombre)	Récapitulatif des formations du doctorant :	Soutenance dématérialisée (*)
..... Professeurs/Directeurs de recherches	<input type="checkbox"/> Charte de déontologie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
..... Membres externes établissement/site	<input type="checkbox"/> MOOC Intégrité de la recherche	↳ <input type="checkbox"/> Partielle
..... Femmes Hommes heures de formations transversales	<input type="checkbox"/> Totale
 heures de formations disciplinaires	

(*) Dématérialisation :

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

- totalement : tous les membres sont en vidéoconférence

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