

**FORMULAIRE de SUIVI des :**

**FORMATIONS MUTUALISEES ET PROFESSIONNALISANTES**

**Validées par la Direction de Recherche**

**Nom et Prénom du DOCTORANT : …………………………………**

***Remarques :***

* ***Sont dispensés de ces formations les doctorants sous contrat professionnel (bourse CIFRE, médecins, …)***
* ***Pour les doctorants DCCE : fournir le certificat du Pôle Formation***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Intitulé de la Formation | Dates de la Formation | Nb Heures Validées |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Total Heures : …………… Heures**

***Les attestations de suivi doivent être impérativement jointes à ce formulaire***

***RAPPEL : Ce formulaire ne pourra être validé que pour un total d’au moins 30 Heures***

**Signature du Directeur de l’Ecole Doctorale :**