

ECOLE DOCTORALE SVS "Sciences de la Vie et de la Santé"

Campus SCIENCES/MEDECINE

AUTORISATION D'INSCRIPTION A LA PREPARATION D'UN DOCTORAT EN :

DOCTORANT

Monsieur
 Madame

Nom patronymique :

Nom d'épouse : Prénom :

Né(e) le : Nationalité : N° de carte d'étudiant :

Adresse postale : N° de téléphone :

E-mail :

Vous avez un diplôme français de Master (ou équivalent) :

INTITULÉ EXACT du diplôme :

Obtenu à :

Le : Mention :

OU

Vous avez un diplôme étranger :

INTITULE EXACT du diplôme :

Obtenu à :

Le : Rang de sortie :

(Joindre le relevé de notes ainsi que les éléments requis par l'E.D.)

(Joindre TOUS les documents requis par l'E.D.)

Titre de la thèse :
(développer le sujet en document joint)

DIRECTEUR DE THESE : *(Entrez un seul nom. Si une codirection de thèse est demandée, adressez-vous au secrétariat de l'Ecole Doctorale)*

Nom et prénom : Qualité : E-mail :

Laboratoire :

Financement : DCCE : Oui Non

Les signataires reconnaissent avoir pris connaissance de la charte du doctorat et en avoir accepté les termes

L'Etudiant <i>date, signature</i>	Le Directeur de thèse <i>date, signature</i>	Le Directeur du laboratoire d'accueil <i>date, signature et cachet</i>
--------------------------------------	---	---

Proposition du Directeur de l'Ecole Doctorale : <input type="checkbox"/> Favorable à l'inscription <input type="checkbox"/> Défavorable à l'inscription <i>Date, Signature, Cachet:</i>	Décision du Président d'Université Côte d'Azur <input type="checkbox"/> Autorisation accordée <input type="checkbox"/> Autorisation refusée <i>Date, Signature, Cachet:</i>
--	---

ATTENTION : cette préinscription est obligatoire, mais elle ne dispense pas de l'inscription administrative, qui devra être prise par l'étudiant auprès de la Scolarité dès l'autorisation accordée.