**Centre d’Etudes Doctorales**

**Sciences et Techniques et Sciences Médicales**

# REINSCRIPTION EN DOCTORAT NATIONAL

***Année Universitaire:***

***Cadre reserve à l’administration***

**Date de réinscription:**..........................................………….. **Numéro de réinscription:**..............................................

Nom:................................................................Prénom:....................................................................

Année de thèse (1ère, 2ème, …): ……………………… …..............………………………………………………………………

Intitulé de la Formation Doctorale:.........................................................................................................

Nom & Prénom de l’encadrant:………………………………………………………….............................……………………

Laboratoire:……………………………………………………………………………………………………...................................

Etablissement:……………………………………………………………………………………..................……………………………..

Nom & Prénom de Co-encadrant:...........................................................................................................

Laboratoire:………………………………………………………………………………….......................................................

Etablissement:………………………………………………………………….……………………………………………..

Intitulé de sujet de thèse:……………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………...............................................………………………………………….................

………………………………………………………………...................................………………………………………….................

Mots clés:……………………………………………………………………………....................................…………………………...

**Signatures**

Etudiant Directeur de thèse

Responsable de la structure de Recherche Directeur de CED Doyen