demande de PROLONGATION de these

DANS LE CADRE D’UNE SUSPENSION

**Extrait de l’article 14 de l’arrêté du 25 mai 2016**

La suspension est accordée de droit « Si le doctorant a bénéficié d'un congé de maternité, de paternité, d'un congé d'accueil de l'enfant ou d'adoption, d'un congé parental, d'un congé de maladie d'une durée supérieure à quatre mois consécutifs ou d'un congé d'une durée au moins égale à deux mois faisant suite à un accident de travail, la durée de la préparation du doctorat est prolongée si l'intéressé en formule la demande ».

Veuillez remettre ce document, dûment complété, au secrétariat de l’école doctorale dont vous relevez.

**Identité du doctorant (renseigné par SyGAL)**

Nom du doctorant :

Prénom :

Numéro d’étudiant :

Année universitaire de la 1ère inscription en doctorat :

Etablissement de préparation du doctorat :

Direction de thèse :

- Directeur de thèse :

- Co-directeur de thèse :

Unité de Recherche :

**Ecole doctorale :**

**Motif**(cocher le motif de la demande) :

**□**  Congé de maternité ; de paternité

**□**  Congé d'accueil d’un enfant ou d'adoption ;

**□**  Congé parental ;

**□**  Congé de maladie d'une durée supérieure à quatre mois consécutifs ;

**□**  Congé d'une durée au moins égale à deux mois faisant suite à un accident de travail .

**Joindre un justificatif** (Arrêt maladie, maternité …) (téléchargez le PDF)

**Décision de la demande de prolongation de thèse dans le cadre d’une suspension**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date : ………./………/………**  **Le doctorant**  *(signature)* | **Date : ………./………/………**  **Le directeur de thèse**  Avis favorable  Avis défavorable  *(signature)* |
| **Date : ………./………/………**  **Le co-directeur de thèse**  Avis favorable  Avis défavorable  *(signature)* | **Date : ………./………/………**  **Le directeur de l’unité de recherche**  *Nom, Prénom du signataire*  Avis favorable  Avis défavorable  *(signature)* |
| **Date : ………./………/………**  **Le directeur de l’école doctorale**  *Nom, Prénom du signataire*  Avis favorable  Avis défavorable  *(signature)* | **Date : ………./………/………**  **Le président ou directeur de l’** **établissement de préparation du doctorat.**  Avis favorable  Avis défavorable  *(signature)* |