

THESE DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

ETUDIANT(E) :

Tél :

Mail

NB : Sauf refus de votre part, votre adresse mail personnelle pourra être utilisée pour l'organisation de la cérémonie de remise des Diplômes.

Inscrit(e) en : Thèse 6ème année OFF. 6ème année IR

Date de soutenance :

HEURE (HH:MM) :

SALLE :

PRESIDENT(E) DU JURY :

RESPONSABLE DE THESE :

DIRECTEUR(RICE) DE THESE :

Cadre réservé à l'administration – ne pas compléter

Documents déposés à la scolarité le :

Acceptation du sujet

Accord pour la soutenance

Formulaire d'enregistrement

Certificat de scolarité (téléchargeable sur [mondossierweb](http://mondossierweb.fr))

Photocopie de la première et dernière page de couverture

Original de l'extrait d'acte de naissance de moins de 3 mois

2 exemplaires de thèse thermocollés

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

ACCEPTATION DU SUJET

M./Mme (nom, prénom)

(fonction)

au Laboratoire de

accepte d'être le Directeur de Thèse de :

M./Mme (nom, prénom)

Titre du sujet :

Catégorie de la thèse :

☐ Biologie ☐ Industrie ☐ Officine ☐ Pharmacie hospitalière

Situation professionnelle du candidat :

☐ Officine ☐ Industrie ☐ Hôpital
☐ Biologie ☐ Pharmacie ☐ Laboratoire d'analyses
☐ Autres

Le

Le Responsable de thèse

Le Directeur de Thèse

L'Etudiant(e)

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

ACCORD POUR LA SOUTENANCE

M./Mme

donne son accord pour la soutenance de la thèse de M./Mme

Le Responsable

Le

COMPOSITION DU JURY :

Précisez les qualités des membres du jury, ex : PU, PU-PH, MCU, MCU-PH ou autres

* Pour l'établissement universitaire, veuillez préciser la structure académique - tutelle universitaire

NOMS PRENOMS	QUALITE (PU, PU-PH, MCU, MCU-PH, etc.)	H.D.R. (à préciser si président MCU)	Titulaire du diplôme d'Etat de pharmacien ou de docteur en pharmacie (oui/non)	ETABLISSEMENT*
Président				UNIVERSITE PARIS CITE / FACULTE DE PHARMACIE DE PARIS
Directeur				

Dates prévisionnelles de soutenance :

Lieu de soutenance :

AUTORISATION DE SOUTENANCE

Pour le Président,

Le Doyen,

Jean-Louis BEAUDEUX

À FOURNIR OBLIGATOIREMENT POUR TOUTE SOUTENANCE DE THÈSE, QUE CETTE
THÈSE SOIT OU NON REPRODUITE (*)

REEMPLIR EN LETTRES MAJUSCULES

À REMPLIR PAR L'ÉTUDIANT

UNIVERSITÉ ou
ÉTABLISSEMENT : UNIVERSITE PARIS CITE

AUTEUR

NOM PATRONYMIQUE :

PRÉNOM(S) :

NOM D'USAGE

NOM FIGURANT SUR LA PUBLICATION, si différent des deux précédents

DATE DE NAISSANCE (*) (Format JJMMAAAA)

ADRESSE(*)

N° et RUE

CODE POSTAL

Pays

VILLE

ADRESSE ÉLECTRONIQUE(*) (facultatif)

DATE DE SOUTENANCE : ANNÉE (AAAA) MOIS (MM) JOUR (JJ)

DIRECTEUR DE THÈSE
SPÉCIALITÉ

NOM

PRÉNOM(S)

TYPE DE DOCTORAT : COCHER LE TYPE DE DOCTORAT

☐ THÈSE DE DOCTORAT

☒ THÈSE D'EXERCICE

☐ THÈSE DOCTORAT D'ÉTAT

DISCIPLINE :

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES :

Nombre de volumes :

Nombre total de pages :

Nombres de références bibliographiques :

**AUCUN TEXTE MANUSCRIT N'EST ADMIS. DACTYLOGRAPHIER OU
COLLER LE TEXTE IMPRIMÉ DANS LES ZONES PRÉVUES.**

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS : Transcrire en toutes lettres les symboles spéciaux.

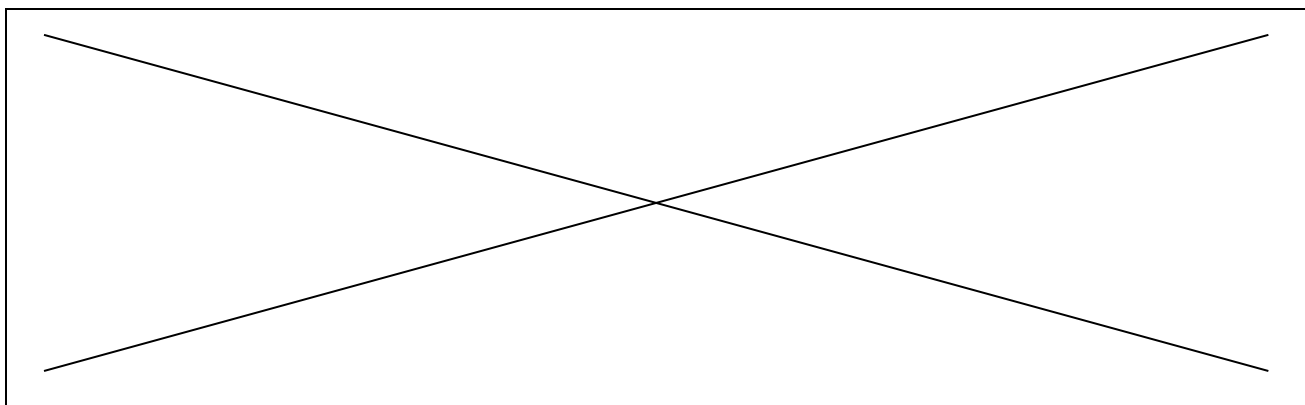
(*) Les informations demandées sur ce formulaire sont destinées, à l'exception de l'adresse, à la constitution du catalogue collectif du Sudoc. Le Sudoc a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (arrêté du 10 septembre 1991 : publié au Journal Officiel du 1^{er} octobre 1991).

La déclaration est obligatoire en application de l'arrêté du 25 septembre 1985 relatif au dépôt, signalement et reproduction des thèses ou travaux présentés en soutenance en vue du doctorat. Le droit d'accès et de rectification prévu par la loi n° 78 – 17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ne concerne que les informations de la première page de ce formulaire. Il peut s'exercer auprès de : Agence bibliographique de l'enseignement supérieur – BP 4367 / 34196 MONTPELLIER CEDEX 5.

RESUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS

Chaque cadre doit contenir un résumé de 1700 caractères maximum, espaces compris. En cas de dépassement, la coupure sera automatique.

RESUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS



TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS : Transcrire en toutes lettres les symboles spéciaux

PROPOSITION DE MOTS-CLÉS : ces termes décrivant le contenu de la thèse seront saisis dans le Sudoc.

1	5
2	6
3	7
4	8

DATE ET SIGNATURE DE L'AUTEUR

--

À REMPLIR PAR LE SERVICE DE DOCTORAT

**UNIVERSITÉ ou
ÉTABLISSEMENT**

AUTORISATION DE REPRODUCTION PAR LE JURY

- ☐ **OUI**
- ☐ **NON**
- ☐ **NON** : thèse non reproduite car non corrigée dans les 3 mois réglementaires
- ☐ **NON** : thèse confidentielle **JUSQU'EN**

APRÈS VÉRIFICATION, DATE et CACHET DU SERVICE DE DOCTORAT

PROCES VERBAL DE SOUTENANCE DE THESE

ANNEE UNIVERSITAIRE 20 /20

Etudiant(e)

Diplôme

Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

Titre des travaux

Directeur(rice) de thèse

Lieu de soutenance

Date

Heure

La soutenance est publique : ☐

La soutenance se déroule à huis clos : ☐

Résultat : ☐ Admis ☐ Ajourné

Mention : ☐ Passable ☐ Assez Bien ☐ Bien ☐ Très bien

Avis de reproduction : ☐ Oui ☐ Non

Membres du Jury

Nom	Qualité	Etablissement	Rôle	Signature
		UNIVERSITE PARIS CITE / FACULTE DE PHARMACIE DE PARIS	Président(e)	
			Directeur(rice)	
			Membre	
			Membre	
			Membre	
			Membre	
			Membre	

THÈSE

Pour l'Obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

IMPORTANT



Chemise à retourner après Soutenance :

- Soit au service de la Scolarité
- Soit à l'Accueil

Nom :

Jour :

Président(e) de jury :

Heure:

Salle de soutenance :

