

**Formulaire de candidature pour une  
(ré)inscription en doctorat D1 pour  
l'année 2019 État SIGED: Validation 5/6**



**INFORMATIONS PERSONNELLES**

*les lignes en italiques sont à compléter à la main*

**Nom patronymique :**

**Nom d'usage :**

**Prénom :**

**2ème Prénom :**

**Sexe :**

**Date de naissance :**

*Ville / département / Pays de naissance (si Hors France):*

**Nationalité :**

*Numéro de sécurité sociale :*

**Numéro d'identifiant national étudiant (INE) \* :**

*Numéro d'étudiant établissement :*

**Adresse personnelle (pour l'année universitaire) :**

**Code Postal / Ville :**

**Pays (Si Hors France) :**

*Adresse permanente :*

*Code Postal / Ville :*

*Pays (Si Hors France) :*

**Téléphone 1 :**

*Téléphone 2 :*

**E-Mail principal (Université de Lyon) :**

**E-Mail personnel :**

**E-Mail dans l'établissement d'inscription (Ets, laboratoire...) :**

*Adresse professionnelle :*

*Situation familiale pour l'année universitaire :*

•Seul-e sans enfant : OUI / NON

•Seul-e avec enfant(s) : OUI / NON Nombre d'enfants :

•Couple sans enfant : OUI / NON

•Couple avec enfant(s) : OUI / NON Nombre d'enfants :

*Catégorie socio-professionnelle des parents :*

*Responsable de famille :*

*Autre parent :*

*Situation militaire :*

\* Numéro fourni par votre établissement lors de votre 1<sup>ère</sup> inscription dans l'enseignement supérieur en France.

## CURSUS UNIVERSITAIRE

Intitulé du diplôme / Complément d'Information :

Diplôme obtenu permettant l'inscription en doctorat :

Établissement d'obtention :

Date d'obtention du diplôme :

Ville :

PAYS :

Prenez-vous cette année une autre inscription : ☐ Oui ☐ Non

Si oui précisez l'établissement et le diplôme :

Merci de remplir le tableau ci-dessous :

Année Universitaire	Cursus	Discipline	Établissement, ville (et pays si Hors France)	Résultat (mention)
	Baccalauréat (ou équivalence)			
	Licence			
	M1			
	M2			
	Doctorat			
	Autres diplômes			

## FINANCEMENT

Type de financement :	
Montant brut par mois :	
Montant net par mois :	
Date de début du financement :	
Date de fin du financement :	
Durée du financement :	
Organisme payeur (Université, CNRS...) / Employeur :	
Année Universitaire :	
<u>Commentaires</u>	

Si vous êtes affilié au régime étudiant de la sécurité sociale, indiquez le centre de paiement choisi :

☐ LMDE ou ☐ SMERRA.

Si autre précisez :

## COTUTELLES

Cotutelle souhaitée : ■ Oui □ Non

Cotuteur- trice, Nom Prénom :

Ville :

Pays :

Nom de l'établissement partenaire :

La convention de cotutelle est-elle ? □ signée ou □ en cours de signature

Période(s) envisagée(s) à :

Du / / au : / / (format date JJ/MM/AAAA)

## Co ENCADREMENT

Co-directeur, Co-directrice (Nom Prénom) :

Mail Institutionnel :

Intitulé d'Unité de Recherche / Laboratoire :

Corps/ Grade :

Intitulé Établissement de codirection :

Ville :

Pays (si Hors France) :

## THESE

Établissement d'inscription :

École doctorale :

Intitulé du doctorat :

Intitulé d'Unité de Recherche / Laboratoire :

Label et N° du laboratoire :

Date de début de thèse :

Année de doctorat (D1, D2, D3...) :

Année Universitaire :

Sujet de Recherche/ Titre de la thèse :

## AVIS SCIENTIFIQUE

● Doctorant-e, Prénom Nom :

Date :

Signature :

● Directeur - trice de thèse (nom et prénom) :

Mail institutionnel :

Corps/ Grade :

Date avis :

Avis par :

- ☒ Avis favorable
- ☐ Avis défavorable
- ☐ Avis non requis

Signature :

Commentaires :

● Co encadrant - e (nom et prénom) :

Mail institutionnel :

Corps/ Grade :

Date :

Signature :

● Directeur- trice de laboratoire (nom et prénom) :

Mail institutionnel :

Corps/ Grade :

Date avis :

Avis par :

- ☒ Avis favorable
- ☐ Avis défavorable
- ☐ Avis non requis

Signature :

Commentaires :



### AVIS SCIENTIFIQUE (suite)

*Signature d'au moins un des directeurs de l'école doctorale*

● Directeur- trice de l'École Doctorale (nom et prénom) :

Mail institutionnel :

Corps/Grade :

● Directeur- trice de l'École Doctorale (nom et prénom) :

Mail institutionnel :

Corps/Grade :

Date avis :

Avis par :

Signature :

- Avis favorable
- ☐ Avis défavorable
- ☐ Avis non requis

Commentaires :

## AVIS SCIENTIFIQUE (suite)

### ● *Décision du responsable d'établissement ou par délégation*

Date avis :

Avis par :

Signature :

- Avis favorable
- ☐ Avis défavorable
- ☐ Avis non requis

Commentaires :