**UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



**Nom, prénom du candidat** :

|  |
| --- |
| Date :  Lieu :  Heure de la thèse : |

**Titre de la thèse** :

Document à remplir par le Président de jury, Professeur à l’Université Claude Bernard –LYON 1

1. Le Président s’engage à prendre la responsabilité du suivi de la thèse pour en assurer la qualité,
2. Le Président établit un court rapport ci-dessous confirmant que le travail effectué correspond bien à celui attendu pour une thèse de Doctorat en Médecine
3. Les soutenances doivent débuter au plus tard à 18 heures

**Rapport du Président du Jury de la thèse**

Lyon, le

Vu, le Doyen de la Faculté Le Président de Jury

de Médecine et de Maïeutique (Nom, Prénom du Président et

Lyon-Sud Charles Mérieux cachet du Service

Pr Philippe PAPAREL Signature