****

**ANNÉE 2024 N°**

***TITRE DE LA THESE***

**THESE D’EXERCICE EN MEDECINE**

Présentée à l’Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le ***Date de votre soutenance de thèse***

En vue d’obtenir le titre de Docteur en Médecine Par

**Vos nom de naissance et prénom**

Date et lieu de naissance

**Sous la direction de**

**(indiquez le titre, nom et prénom de votre directeur ou directrice de thèse)**

|  |
| --- |
| **Nom Prénom**Titre de la thèseThèse Médecine Générale : Lyon 2023 ; n° |
| **Résumé** |
| **Mots clés :** |
| **JURY :** Président : Monsieur le Professeur Membres : Monsieur le Professeur  Monsieur le Professeur  Monsieur le Docteur |
| **DATE DE SOUTENANCE :**  |

