



**FACULTÉ  
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

# AUTORISATION de DÉPÔT de SUJET de THÈSE D'EXERCICE

## Étudiant

- NOM Prénom
- Courriel
- Validation de la 6ème année (année universitaire)
- Filière

## Directeur de la thèse d'exercice

- NOM Prénom
- Courriel
- Fonction

## Co-directeur obligatoire si le directeur n'est pas enseignant universitaire

- NOM Prénom
- Courriel
- Fonction

**Autorisent l'intéressé(e) à déposer son sujet ainsi libellé :**

## Projet de thèse :

- Contexte :

- Problématique/question posée :

- **Méthodologie :**

- **Proposition de valorisation :**

- ◆ **Tout changement de sujet de thèse nécessite de redéposer une autorisation de dépôt.**
- ◆ **L'étudiant s'engage à ne pas avoir déjà déposé un sujet avec un autre directeur de thèse.**

Signature du directeur de thèse	Signature du co-directeur de thèse	Signature de l'étudiant
------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------

Vu par le comité de thèse le :

Avis : Favorable

Défavorable

Date :

Le Directeur  
du Département pharmacie  
Pr Sébastien Faure