



UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE



FACULTÉ DE  
MÉDECINE / MAÏEUTIQUE /  
MÉTIER DE LA SANTÉ à NANCY

## APPROBATION D'UN SUJET DE THÈSE

*(A compléter électroniquement)*

Je, soussigné(e), Professeur / Docteur .....

certifie :

avoir confié à

avoir accepté de

Mme / M. : .....

Interne, D.E.S. de : .....

L'intitulé du sujet de thèse est :

.....  
.....  
.....  
.....

La durée de validité du sujet de thèse est de : .....

*(Passé ce délai, le sujet deviendra caduc et pourra être confié à un autre candidat)*

Fait à , le

Le Directeur de la thèse,

Professeur / Docteur

---

Vu à Vandœuvre, le

Le Doyen de la Faculté de  
Médecine

Professeur M. BRAUN