

**CENTRE D'ETUDES DOCTORALES DES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE**

**Fiche d'autorisation de tenue de soutenance de thèse**

Date.....  
N° de thèse

Nom et Prénom :

CIN :

C.N.E :

-----  
Titre :

Directeur de thèse

Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat

Faculté de médecine dentaire de Rabat

Date :.....Heure :.....Salle :.....

A Rabat le .....

**Signature et cachet  
du Service des  
affaires estudiantines**