

**UNIVERSITÉ DE LILLE**  
UFR3S-MÉdecine

Année :

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT   
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Titre de la thèse**

Présentée et soutenue publiquement le (date) à (heure)

au (*Pôle Recherche* ou *Pôle Formation*)

**par Prénom NOM**  
*(les personnes mariées utiliseront leur nom de naissance   
qu'elles pourront faire suivre, si elles le souhaitent, de leur nom d’usage)  
(Prénom NOM - NOM D’USAGE)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**JURY**

*(les noms de tous les membres du jury seront repris ici par ordre de nomination, ajouter des lignes si nécessaire)*

**Président :**

**Monsieur/Madame le Professeur** *(Prénom NOM)*

**Assesseurs :**

**Monsieur/Madame le Professeur** *(Prénom NOM)*

**Monsieur/Madame le Professeur** *(Prénom NOM)*

**Monsieur/Madame le Docteur** *(Prénom NOM)*

**Directeur de thèse :**

**Monsieur/Madame le Professeur ou Docteur** *(Prénom NOM)*

*(à noter obligatoirement)*

*(éventuellement)* **Travail du Service ou Laboratoire de…**

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*