UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION

Unité de Formation et de Recherche Santé

Fiche de réservation de la salle de soutenance

Les demandes de réservation doivent être transmises **un mois** avant la date de soutenance de la thèse.
La réservation est réalisée en fonction des salles disponibles et elle est définitive après validation de l'administration.

Nom et prénom de l'étudiant(e) : _____

Inscrit en DES _____

Intitulé de la thèse : _____

_____

Créneaux souhaités :

1/ Date : _____/_____/_____ Horaire de début _____h_____ Horaire de fin _____h_____

2/ Date : _____/_____/_____ Horaire de début _____h_____ Horaire de fin _____h_____

3/ Date : _____/_____/_____ Horaire de début _____h_____ Horaire de fin _____h_____

Site(s) distant(s) nécessitant une visio-conférence :

Coordonnées du/des contact(s)

Nom et prénom du (des) techniciens : _____

Mail du (des) technicien(s) : _____

Téléphone du (des) technicien(s) : _____

Informations techniques

1/ SITE HORS RÉUNION

Pays : _____ Ville : _____

Décalage horaire (à la date de la visio-conférence) : + _____ h - _____ h

Site _____ Salle _____

Adresse IP (OBLIGATOIRE) : _____

Adresse du Pont (OBLIGATOIRE) : _____

Téléphone de la salle : _____

2/ SITE LOCAL (Ile de La Réunion)

Site/Service _____ Salle _____

Mail : _____ Tel : _____

Adresse IP (OBLIGATOIRE) : _____

Adresse du Pont (OBLIGATOIRE) : _____

Téléphone de la salle : _____

Cadre réservé à l'administration

Date de réception de la demande : _____

Date de transmission de la confirmation de réservation à l'étudiant : _____

Créneau réservé : _____

Salle : _____