**UNIVERSITE DE LA REUNION** *(arial 14 majuscule centré)*

**UFR SANTE** *(arial gras 14 majuscule centré)*

Année : *(arial 12 année civil)* N° : *(transmis par le bureau des thèses)*

**THESE POUR LE DIPLÔME D’ETAT**

**DE DOCTEUR EN MÉDECINE** *(arial12 majuscule centré)*

**Titre de la Thèse***(arial gras 14 centré)*

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

à La Réunion *(arial 14)*

**Par Prénom Nom** *(arial gras 14)*

*(les femmes mariées utiliseront leur nom de naissance*

*qu'elles pourront faire suivre, si elles le souhaitent, de leur nom d'épouse)*

*(Prénom Nom - Nom d'épouse)*

**JURY** *(arial gras 14)*

*(les noms de tous les membres du jury seront repris ici, dans l'ordre de la feuille de signatures,*

*ajouter des lignes si nécessaire)*

**Président :**

**Monsieur ou Madame le Professeur(e)**

**Assesseurs :**

**Monsieur ou Madame le Professeur(e)**

**Monsieur ou Madame le Professeur(e)**

**Monsieur ou Madame le Docteur(e)**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur ou Madame le Professeur(e) ou Docteur**

*(à noter obligatoirement)*

**(*Éventuellement*) Travail du Service ou Laboratoire de…...** *(arial gras 14)*