**DIPLÔME D’ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**RAPPORT EN VUE DE LA SOUTENANCE DE THÈSE**

*La taille des zones de saisie s’adapte à la longueur de votre texte*

Nom et prénom du candidat :

Titre de la thèse :

Date de soutenance envisagée :

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Rapport établi par :

1-**Évaluation générale :**

Par comparaison avec les thèses de Doctorat récentes soutenues dans votre Université, ou dont vous avez eu connaissance personnellement, cette thèse est-elle à votre avis :

* Digne d’être soutenue, en l’état, en vue du Doctorat  Oui  Non
* Sinon, y a-t-il des modifications à apporter avant la soutenance  Oui  Non

Cette thèse est :

D’un niveau scientifique :  Exceptionnel

Très bon

Bon

Satisfaisant

D’une présentation matérielle :  Exceptionnelle

Très bonne

Bonne

Satisfaisante

Rapport commentant les raisons pour lesquelles vous êtes favorable à la soutenance de cette thèse ou au contraire pour lesquelles vous êtes défavorable à la soutenance en l’état du manuscrit :

Signature du Rapporteur

*Veuillez remettre le présent rapport au bureau des thèses* [*sante-these@univ-reunion.fr*](mailto:sante-these@univ-reunion.fr) *et copie à l’étudiant*