**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* *et copie à l’étudiant*