|  |  |
| --- | --- |
| Identification du/de la doctorant(e) | Nom :  Prénom :  Laboratoire :  Courriel :  Téléphone : |
| Informations sur la thèse et son encadrement | Titre :  Directeur :  Courriel :  Tel :  Co-directeur :  Courriel :  Tel : |
| Statut au moment de la 1ère inscription | Si thèse financée (préciser le type de financement) |
| Réinscription en : | 2ième année  3ième année  4ième année  5ième année  6ième année  Au-delà, précisez l’année :  Précisez si période de césure : |
| Membre du CSI – **spécialiste**  (si possible extérieur à l’UP) | Nom :  Prénom :  Laboratoire :  Université :  Courriel :  Téléphone : |
| Membre du CSI –  **non spécialiste** | Nom :  Prénom :  Laboratoire :  Université  Courriel :  Téléphone : |

Date :

|  |  |
| --- | --- |
| Signature de la direction de la thèse : |  |
| Signature du (de la) doctorant(e) : |  |
| Signature de la direction de l’Unité de Recherche : |  |
| Signature de l’Ecole Doctorale : |  |