

**CENTRE D'ETUDES DOCTORALES DES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE**

**Autorisation de soutenance de thèse  
Directeur du Cedoc**

Vue la demande de soutenance du.....

Présentée par .....

Vus les rapports présentés par

M le Professeur.....

M le Professeur.....

M le Professeur.....

Le Doyen de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat autorise

Nom et Prénom :

à soutenir sa thèse N°:

Titre : .....

Directeur de thèse.....

Formation doctorale.....

Structure de recherche accréditée.....

Devant le jury :

Président :                      Nom et prénom                      Grade                      Affiliation

Directeur de thèse : Nom et prénom                      Grade                      Affiliation

Juges :

Nom et prénom                      Grade                      Affiliation

Nom et prénom                      Grade                      Affiliation

Nom et prénom                      Grade                      Affiliation

Signature du Directeur du CEDOC

Signature du chef d'établissement de domiciliation de la formation doctorale concernée

Signature du chef d'établissement de domiciliation du CEDoc