



Université de Caen · Normandie  
UFR Santé  
Faculté des Sciences Pharmaceutiques

## AUTORISATION DE SOUTENANCE

Imprimé à transmettre au plus tard 3 semaines et 3 jours avant la soutenance à :  
[manon.brunet@unicaen.fr](mailto:manon.brunet@unicaen.fr)

Je soussigné, , Directeur de thèse, certifie que le mémoire de  
 est prêt et que le(la) candidat(e) est autorisé(e) à soutenir sa  
thèse le (date et heure)

### CANDIDAT

NOM - Prénom :

N° d'étudiant :

Mail :

Téléphone :

Dernière année validée :

TITRE DE LA THESE (A REMPLIR EN MAJUSCULES) :

### COMPOSITION DU JURY DE THESE (à convoquer pour la soutenance)

Président :

Membres : -

-

-

-

Fait à Caen, Le

DIRECTEUR DE THÈSE	DIRECTEUR DE LA FACULTÉ DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES
NOM - Prénom : <input type="text"/>	NOM - Prénom : <input type="text"/>
Signature : <input type="text"/>	Signature : <input type="text"/>

**Ce formulaire doit être déposé en même temps que l'exemplaire unique, signé en 4ème de couverture par le Président de Jury.**