**Département** : ……………………. **Date le …/…. /20….**

# AGREMENT D’UN SUJET

**DE THESE DE DOCTORAT LMD**

Nom et Prénom de l’Encadreur : ……………………………….…………………………..

Grade :………………………………………………………………………………

Université : ………………………….…………….…………………………………………….

Date et Signature :

Nom et Prénom du Co-Encadreur : …………………………….…………………………..

Grade :………………………………………………………………………………

Université : ………………………….…………….…………………………………………….

Date et Signature :

## Candidat

Nom et Prénom du Candidat : ……………………………………….………………………

Date et Lieu de Naissance :……………………………….………………………………….

Date et Lieu d’Obtention de Master : ……………………………………………………..

………………………………………………………………………………….…………………

Intitulé :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………...…..

Option :……………………………………………………………………………..

\* Joindre Résumé et le Plan de Travail.

Avis du CFD :………………………………………………………………………………

Avis du CSD :………………………………………………………………………………

Avis du CSF :………………………………………………………………………………