

UNIVERSITÉ PARIS CITÉ

Faculté de Santé

UFR de Médecine

**Année AAAA**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D’ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : JJ/MM/AAAA

Par

Prénom NOM

[Titre de la thèse : sous-titre]

Dirigée par M. [ou Mme] le(la) Professeur(e) [ou Docteur(e)] [Prénom Nom]

JURY

M. [ou Mme] le Professeur [ou Docteur] [Prénom Nom] Président.e

M. [ou Mme] le Professeur [ou Docteur] [Prénom Nom] Directeur.rice

M. [ou Mme] le Professeur [ou Docteur] [Prénom Nom] Membre du jury

M. [ou Mme] le Professeur [ou Docteur] [Prénom Nom] Membre du jury

M. [ou Mme] le Professeur [ou Docteur] [Prénom Nom] Membre du jury