#### AUTORISATION DE SOUTENANCE

**MEMOIRE du D.E.S. de …............................................................................................................................................**

Candidat(e) au **DIPLOME D’ETUDES SPECIALISEES** de ..........................................................................................

.......................................................................................................................................................................................

Soumis à l’examen préalable de **M**.................................................................................... **Responsable du mémoire**.

**TITRE DU MEMOIRE :**

.......................................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................................

**COMPOSITION DU JURY :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Prénom Nom** | **Fonction** | **UFR - Université** | **Hôpital** |
| **Président de jury** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Lieu :

Date :

Heure :

## Orsay, le

**Le Président de Jury Le Coordonnateur P/ Le Président de l’Université,**

**(Pas de signature du Coordonnateur pour le DES Biologie Médicale)**

**Le Doyen,**

**Pr Marc PALLARDY**