



UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

**ANNÉE**

**N°**

**TITRE DE LA THESE**

## **THESE D'EXERCICE EN MEDECINE**

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1  
Et soutenue publiquement le **Date de votre soutenance de thèse**  
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

**Vos nom de naissance et prénom**  
**Date et lieu de naissance**

Sous la direction de **(indiquez le titre, nom et prénom de votre directeur ou directrice de thèse)**



---

**VOS NOM PRENOM ET LE TITRE DE VOTRE THESE**

---

**RESUME**

---

**MOTS CLES**

---

**JURY**

Président :            Monsieur (ou madame) le Professeur .....

Membres :            Monsieur le Professeur.....

                              Monsieur le Professeur.....

                              Monsieur le Professeur ou Docteur.....

                              Monsieur le Professeur ou Docteur .....

---

**DATE DE SOUTENANCE**

---

**ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR**

**VOTRE EMAIL**