

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

votre email (facultatif)