



## FORMULAIRE DE DEMANDE DE PRIX DE THÈSE

TITRE DE LA THÈSE :

Nom : ..... Prénom : .....

(M. /Mme) : .....

Nom de jeune fille : ..... Situation familiale.....

Date de naissance : ...../...../..... Nationalité : .....

Adresse personnelle : .....

.....

.....

.....

Code Postal : | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | Commune : .....

Pays : .....

E. mail : .....@.....

Tél : | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Fax : | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

## **Université**

---

Lieu de soutenance : .....

## **Séjour(s) en milieu médical**

---

Date : ...../...../.....

Nom de son Directeur : .....

Nom du service : .....

Ville : .....

## **Thèse**

---

Date de soutenance prévue : .....

Indiquez les projets auxquels la thèse va donner lieu :

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

Envisagez-vous une publication ?

Oui

Non

**Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations ci-dessus.**

Fait à ..... le.....

Signature :

***Dossier à retourner par voie postale, avec les autres pièces du dossier à :***

Association Spina Bifida et Handicaps associés  
3 bis avenue Ardouin – CS9001  
94420 LE PLESSIS-TREVISE