

**Composition du Comité de Suivi Individuel**

|  |  |
| --- | --- |
| **La doctorante ou le doctorant** | Nom :  Prénom :  Laboratoire :  Courriel :  Téléphone : |
| **Informations sur la thèse et son encadrement** | Titre :  Directeur :  Courriel :  Co-directeur :  Courriel : |
| **Statut au moment de la 1ère inscription** | Si thèse financée (préciser le type de financement) |
| **Statut au moment de la ré-inscription** |  |
| **Demande de réinscription en** | 2e année  3e année  4e année  5e année  6e année  Au-delà, précisez l’année :  Précisez si période de césure : |
| **Membre du CSI - spécialiste** | Nom :  Prénom :  Laboratoire :  Courriel :  Téléphone : |
| **Membre du CSI - non spécialiste** | Nom :  Prénom :  Laboratoire :  Courriel :  Téléphone : |

Date :

Signature de la direction de la thèse,

Signature du (de la) doctorant.e,

Signature de de la direction de l’unité de recherche,

Signature de la direction de l’ecole doctorale,