République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l’Enseignement Supérieure

et la Recherche Scientifique

Ecole Nationale Supérieure Vétérinaire

Sous-Direction de la Post-Graduation et la Recherche Scientifique

Demande de réinscription en Doctorat

Année universitaire 2017/2018

Matricule : ………………………………………………………………………………………………………

Nom et prénom : ……………………………………………………………………………………………….

Date et lieu de naissance : ……………………………………………………………………………………

Email : ………………………………………………………………………. Tel. : ………………………….

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

Emploi : …………………………………………………………………………………………………………..

Organisme Employeur : ……………………………………………………………………………………….

Diplôme : …………………………………………………………………………………………………………..

Filière : …….……………………………………………………………………………………………………….

Spécialité : ………………………………………………………………………………………………………….

Option : …………………………………………………………………………………………………………….

Date d’obtention : ………………………………………………………………………………………………….

Demande à être réinscrit(e) en ……… année Doctorat

Option : …………………………………………………………………………………………………………...

Sujet de thèse : …………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………….

……………….…………………………………………………………………………………………………….

……………….…………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………….

**Directeur de thèse :**

Nom et prénom : ……………………………….………………………………………………………………….

Grade : …………………………………………………………………………………………………………….

Fonction : ……………………………….......…………………………………………………………………….

Lieux d’excercice : ……………………………………………………………………………………………….

Email : ………………………………………………………………………. Tel. : ……………………………

**Laboratoire de recherche :**

Dénomination : …………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………

Localisation : ……………………………………………………………………………………………………..

Responsable : ……………………………………………………………………………………………………

Email : ……………………………………………………………………Tél. : ………..………..……………..

Autorise le/la doctorant(e)

**Co-directeur de thèse :**

Nom et prénom : ……………………………………………………………………………………………….

Grade : .………………………………………………………………………………………………………….

Fonction : ………………………………………………………………………………………………………….

Lieux d’excercice : ………………………………………………………………………………………………

Email : ………………………………………………………………………. Tel. : ………………………….

***L’etat d’avancement des travaux de recherche est à remplir dans un document à part.***

***Aucune réinscription ne sera validée en l’absence de l’état d’avancement des travaux de recherche***

Fait le : ……………………………………

Le Directeur de thèse