



**Année universitaire 2024 /2025
Formulaire de demande de label doctorat européen**

LE DOCTORANT

Je, soussigné(e)

N° Étudiant |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NOM : _____ **NOM D'USAGE :** _____

(Nom de naissance)

Prénom: _____

Date et lieu de naissance (ville/pays) : _____ à : _____

Unité de recherche :

Ecole doctorale :

Demande l'attribution du label Doctorat européen au diplôme de Doctorat

Date :

Signature :

Je justifie d'une mobilité pour mission de recherche

Dates **(au moins 3 mois)** et lieu de la mobilité (laboratoire, établissement, ville, pays) dans un autre Etat européen :

Dates du séjour : _____

Laboratoire d'accueil : _____

Etablissement : _____

Ville : _____

Pays : _____

J'indique la langue autre que le français dans laquelle une partie de la soutenance sera effectuée :

Le Directeur(trice) de thèse :	Le Directeur de l'école doctorale :
Date :	Date :
Nom - prénom :	Nom - prénom :