**Comité de suivi individuel**

**Année 2024/2025**

* **Formulaire à renvoyer à l’école doctorale après validation de l’UR avant le 2 avril 2025**

**Doctorant∙e**

Nom : Direction de la thèse :

Prénom : Codirection de la thèse :

Unité de recherche :

Composition du CSI :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nom Prénom  **+ email** | Université de rattachement | Unité de recherche de rattachement | Statut  (PR, MCF, etc.) | Discipline |
| Membre A : *Un spécialiste de l’objet de la thèse, statutaire externe à l’Unité et à l’établissement* ***(référent)*** |  |  |  |  |  |
| Membre B : *Un non-spécialiste de l’objet de la thèse* |  |  |  |  |  |
| Membre C : *(facultatif) Un membre au choix (docteur, partenaire professionnel)* |  |  |  |  |  |

**Date du CSI**, en distanciel, en juin ou début juillet 2025 :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Doctorant∙e | Direction de thèse | Codirection de thèse | Direction Unité de recherche |
| Signatures |  |  |  |  |