



*Ecole Doctorale des
Sciences de la Vie et de la Santé (ED n°85)*

NOM et prénom du Candidat :

Date envisagée pour la Soutenance de l'HDR :

NOM et prénom du Rapporteur :

Etes-vous favorable à ce que la soutenance ait lieu à la date prévue : OUI NON

Date :

Signature du Rapporteur :

(Joindre le rapport sur les travaux présentés dans le mémoire d'HDR – 2 pages maximum)