

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2025-2026**

**DOSSIER DE CANDIDATURE A UNE CESURE**

**DOCTORANT CONTRACTUEL**

**DOCTORANT NON CONTRACTUEL**

**IDENTITÉ de L'ÉTUDIANT**

*(Ecrire lisiblement et en majuscules ou remplir sur word)*

Nom ..... Prénom .....

Numéro d'étudiant ..... Date de naissance .....

Email ..... Téléphone .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville.....

**ETUDES UNIVERSITAIRES**

Année de thèse en 20.. /20.. : .....  
*(Préciser 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> ...)*

Ecole doctorale de rattachement : .....

Période de césure envisagée : du .../.../ 20.. au .../.../ 20..

**Type de contrat et employeur :**

**TYPE DE PROJET DE CESURE**

Formation       Expérience professionnelle       Projet personnel       Autre (préciser)

**Dans le cas d'un projet lié à la formation** dans laquelle vous êtes inscrit-e, précisez le lien/la valeur ajoutée, les compétences visées.

Dans tous les cas, fournissez tous les documents qui vous semblent nécessaires à l'évaluation de votre candidature.



**AVIS MOTIVE DU DIRECTEUR DE THESE**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**AVIS DU DIRECTEUR DE L'ECOLE DOCTORALE**

Favorable

Défavorable, motif de l'avis défavorable :

.....  
.....  
.....

Date :

SIGNATURE

**DECISION DE L'ETABLISSEMENT**

Césure accordée

Césure refusée

Motifs en cas de refus

SIGNATURE DU PRESIDENT D'UNIVERSITE CÔTE D'AZUR

**IMPORTANT**

- ⇒ Votre dossier doit être envoyé complet à : [med@univ-cotedazur.fr](mailto:med@univ-cotedazur.fr) pour décision de l'établissement
- ⇒ Aucun complément à ce dossier envoyé ultérieurement et séparément ne sera pris en compte
- ⇒ Pour les demandes de césure d'une année universitaire complète, le **dépôt du dossier doit être fait avant le 1<sup>er</sup> juin** : aucun dossier ne sera accepté après la date limite.