**DEMANDE DE MODIFICATION/DE PROLONGATION**

**DE LA COTUTELLE INTERNATIONALE DE THESE**

*A compléter par le directeur de thèse*

**Rappel : La durée prévisionnelle de la thèse est de 3 ans et ne peut excéder 6 ans.**

**ETUDIANT**

N° d’étudiant :………………………………………………

[ ]  Madame [ ]  Monsieur

Nom et prénom :……………………………………………..

Né(e) le (jj/mm/aaaa) : …………………………………………

Nationalité : ………………………………….

Email : ………………………………… Téléphone :…………………………………

Adresse (pays de résidence) : ………………………………………………………………………………………………..

*L’étudiant devra entreprendre les démarches pour la demande de prolongation auprès de l’établissement partenaire et fournir un justificatif au Pôle commun SRI.*

**UNIVERSITE DE PARIS**

Directeur de thèse

[ ]  Madame [ ]  Monsieur

Nom et prénom : ………………………………………………….

Email :…………………………………. Téléphone :……………………………………

Laboratoire de recherche : ……………………………………………

Ecole doctorale : ……………………………………………………………

**UNIVERSITE PARTENAIRE**

Etablissement : …………………………………………………………………………………………

Adresse : ………………………………………………………………….. Pays : ………………………………..

Directeur de thèse

[ ]  Madame [ ]  Monsieur

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

Email : …………………………………….. Téléphone :…………………………….

Laboratoire de recherche : ………………………………….

Ecole doctorale : …………………………………….

Contact administratif (obligatoire-autre que le DT)

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

Email ………………………………………………………… Téléphone : ………………………………………

Service : …………………………………………………….

Adresse postale (pour envoyer l’avenant de prolongation de la cotutelle) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nom du diplôme de doctorat obtenu à la fin de la thèse :

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

**LA THESE**

Le sujet de thèse :

Université d’appartenance :

Première année d’inscription en thèse

* À Université de Paris : 20 /20
* Chez le partenaire : 20 /20

**INSCRIPTION**

Répartition du paiement des droits d’inscription établie **avant la demande de prolongation** :

*Voir convention initiale.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Du** …./…./20… | **Au** …./…./20… | **Lieu** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Répartition du paiement du droit d’inscription **pour l’année de prolongation** :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Du** …./…./20… | **Au** …./…./20… | **Lieu** |
|  |  |  |

**Date et lieu prévus pour la soutenance :**

*(Avant le 15 décembre de l’année académique de prolongation)*

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

**REPARTITION DES SEJOURS**

Calendrier prévu **avant prolongation :**

Répartition des séjours d’études et recherche effectués avant la demande de prolongation (réalisés en séjour alterné et équilibré) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Du** …./…./20… | **Au** …./…./20… | **Lieu**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Nouveau Calendrier de prolongation :**

Répartition des séjours d’études et recherche effectués durant l’année de prolongation (séjour alterné et équilibré) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Du** …./…./20… | **Au** …./…./20… | **Lieu** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**FINANCEMENT**

**Support financier de la thèse :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Année de thèse | Nom du financement | Nature(bourse ou salaire) | Du …./…./20… au …./…./20… | Montant en € par mois |
| Année 1 |  |  |  |  |
| Année 2 |  |  |  |  |
| Année 3 |  |  |  |  |
| Année 4 |  |  |  |  |
| Année 5 |  |  |  |  |
| Année 6 |  |  |  |  |

Afin de respecter l’article 14 de l’arrêté du 25 mai 2016 fixant le cadre national de la formation et les modalités conduisant à la délivrance du diplôme national de doctorat, la durée d’une cotutelle de thèse ne pourra pas excéder une sixième année.

**MOTIF DE LA PROLONGATION**

*Argument justifiant de la demande :*

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

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

**OBSERVATIONS PARTICULIERES**

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

**ACCORD DES DIRECTEURS DE THESE**

|  |
| --- |
| **Directeur.rice de thèse****Université de Paris** |
|  |
| Date : (Prénom nom) :(Signature) |

**Le.La directeur.rice de thèse de l’établissement partenaire** devra joindre un courrier indiquant son accord pour la prolongation de la thèse.

**AVIS MOTIVÉ**

*Les conclusions du CSI pourront être jointes*

|  |
| --- |
| **Avis motivé du Comité de Suivi de l’ED d’Université de Paris** |
| **☐ Favorable ☐ Défavorable** |

|  |
| --- |
| **Avis motivé du Directeur.rice de l’Ecole Doctorale d’Université de Paris** |
| Date : (Prénom nom) :(Signature)**☐ Favorable ☐ Défavorable** |