

**AUTORISATION du DIRECTEUR DE THESE
ou du RESPONSABLE du DIPLOME de 3^{ème} CYCLE**

ANNEE UNIVERSITAIRE 201_ - 201_

Je soussigné(e)

Fonction

Certifie que Monsieur, Madame,
(*raier la mention inutile*)

Nature des études.....

peut effectuer.....heures d'enseignement (équivalent TD) à l'Université
Savoie Mont Blanc sans que ses travaux soient perturbés

Fait à, le

Signature du Directeur de thèse ou
du Responsable du diplôme de 3ème cycle

Cachet de l'Etablissement