TITRE DE LA THESE

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

THESE

Présentée à la Faculté de Médecine Dentaire de Monastir pour l’obtention du diplôme National de Docteur en Médecine Dentaire

Par :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Né(e) le………………………………………………………….à……………………………………………………………………………………

Cette thèse sera soutenue publiquement le………………………………………………….à……………………………………

**NB :** La soutenance doit impérativement avoir lieu au moins 15 jours à partir de la date de réception de copie définitive par tous les membres du jury

**Jurys:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nom & Prénom** | **Signature** |
| **Président(e)** |  |  |
| **Assesseurs** |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Directeur(s)** |  |  |
|  |  |