Autorisation De dépôt de mémoire

Je soussigne l’enseignant (e) :

|  |
| --- |
| **Encadreur (Rapporteur)** |
| **Université** | **Grade**  | **Nom et prénom** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Étudiant (e)** |
| **Spécialité** | **Département** | **Nom et Prénom** | **N° d’inscription** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Thème  |
| ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

Certifie que la thèse de l’étudiant (e) mentionnée ci-dessus, répond aux conditions techniques et thématiques mentionnée ci-dessous :

* Conformité de la version électronique **(PDF)** avec la version approuvée **( version imprimée)**  par le jury du Master.
* La version numérique doit être gravée dans un **CD-ROM**

 ***Signature De L’Encadreur Chef De Département***

***Année universitaire 2022/2023***