

**ANNEE UNIVERSITAIRE 20../20..**

**Doctorat de l’Université de Lyon préparé au sein de (établissement operateur)**

# Formulaire de Demande de Césure

*Déposé auprès du service de scolarité avant le 15 décembre de l’année universitaire et 2 mois avant la date d’effet de la césure*

**Préambule** *L’article 14 de l’arrêté du 25 mai 2016 relatif à la formation doctorale prévoit qu’« à titre exceptionnel, sur demande motivée du doctorant, une période de césure insécable d’une durée maximale d’une année peut intervenir une seule fois, par décision du chef d’établissement d’inscription, après accord de l’employeur (le cas échéant), et avis du directeur de thèse et du directeur de l’école doctorale. Le décret n° 2018-372 du 18 mai 2018 précise les règles relatives à une suspension temporaire des études au cours du cursus universitaire en formation initiale : - la période de suspensions est dénommée « période de césure »*

* *La période de césure intervient à l'initiative de l'étudiant et ne peut être rendue obligatoire dans le cursus*
* *La durée ne peut être inférieure à 6 mois et maximale à un an, et doit s’opérer au moins 6 mois avant la fin de la thèse*
* *Chaque cycle d'études ouvre droit à une seule période de césure. Elle peut débuter dès l'inscription dans la formation et s'achève au plus tard avant le dernier semestre de la fin de cette formation quelle que soit la durée du cycle d'études.*

**Prénom NOM :**

**N° d’étudiant·e** : …………………………………………………………

Adresse mél principale renseignée dans SIGED : …………………………………………………………

Agrégé·e : OUI  NON Stage d’agrégation :  OUI  NON

Activités complémentaires d’enseignement en cours :  OUI  NON

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Année de doctorat lors de la demande (D1, D2,… exclu en dernière année de cursus) : | Intitulé Ecole Doctorale :    Unité de recherche : | Date du dernier comité de suivi de thèse (le cas échéant) :  …../……../……… |
| Durée de la demande de césure :  … mois | Date de début de césure :  …../……../……… | Date de réception par le service administratif :  …../……../……… |
| Nom du·de la Directeur·rice de thèse :……………………………………………………………………………. | | |
| **Si financement / contrat de travail** :  Nature du financement :…………………………………………………………Temps plein  OU Temps partiel  : ………%  Le cas échéant, joindre l’accord de l’employeur | | |
| **Je, soussigné·e, sollicite une période de césure pendant l’année universitaire 20.. /20.. :**  Pour le projet suivant(1) **:**  Lieu du projet (établissement, Pays) :  *Et atteste avoir pris connaissance de la règlementation en matière de protection sociale, déclare être garanti·e au titre de la responsabilité civile et m’engage dans le cadre d’un séjour à l’étranger à souscrire un contrat d’assistance (rapatriement sanitaire, assistance juridique…) et un contrat d’assurance individuel accident (fournir un justificatif).* | | |

*(1) une expérience professionnelle sans rapport avec la formation doctorale ; la création d’entreprise/d’activité sans rapport avec sa formation doctorale ; un service civique, un engagement volontaire associatif, en France ou à l’étranger ; tout autre projet personnel du doctorant*

A , le Signature

Demande de césure – Prénom NOM : …………………………………………………………

# LETTRE DE MOTIVATION – EXPLIQUER LE PROJET EN DETAIL

**(Joindre les justificatifs et attestations le cas échéant)**

Signature

Page **- 2 -** sur **3**

**Doctorat de l’Université de Lyon préparé au sein de (établissement operateur)**

## AVIS sur la demande de Césure

Demande de césure – Prénom NOM : …………………………………………………………

### Avis/Décision

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **Avis** du/de la Directeur·rice de Thèse     * Favorable      * Défavorable (motif) :   ..………………………………………… …………………………………………..  …………………………………………………  …………………………………………………  …………………………………………………  ……………………………      NOM Prénom :    ..…………………………………………              Signature :      Le : …………………… |  **Avis** du/de la Directeur·rice de l’Unité de recherche     * Favorable      * Défavorable (motif) :   ..……………………………………  ………………………………………  ……………………………………… ………………………………………  ……………………………………      NOM Prénom :    ..……………………………………  ……            Signature :      Le : …………………… |  **Avis** du/de la Directeur·rice de l’École Doctorale     * Favorable      * Défavorable (motif) :   ..………………………………………  …………………………………………  …………………………………………  …………………………………………  …………………………………………  …………………………………………    NOM Prénom :    ..……………………………………              Signature :      Le : …………………… |  **Décision** de la Présidence de  l’Etablissement d’inscription,     * Accord      * Refus (motif) :   ..………………………………………  …………………………………………  …………………………………………  …………………………………………  ………………………………………… ………………………………………….  .  Pour la Présidence, et par délégation, le·la VP Études ou  Recherche,    NOM Prénom :  ………………………………………….      Signature :        Le :………………………… |

**ACQUITTEMENT DES FRAIS D’INSCRIPTION DE L’ANNEE UNIVERSITAIRE CONCERNEE PAR LA CESURE :**

**L’ETUDIANT.E ACQUITTE LES DROITS D’INSCRIPTIONS UNIVERSITAIRES AU TAUX**

**REDUIT POUR UNE ANNEE ENTIERE, ET AUX DROITS AFFERENTS A L’ANNEE UNIVERSITAIRE EN COURS LORSQUE LA CESURE CONCERNE UN SEMESTRE**

Pendant toute la période de césure, l’étudiante demeure inscrit.e dans l'établissement qui lui délivre une carte d'étudiant.

### REINSCRIPTION EN THESE

**Rappel des conditions de réinscription en thèse** : l’établissement s’engage conformément à la loi en vigueur à réinscrire le·la doctorant·e dans l’année N+1 à la fin de la période de césure (pour le cas d’une césure d’1 an).

À la fin de la période de césure, il appartient au·à la doctorant·e d’effectuer les démarches administratives de réinscription dans l’établissement où il·elle effectue sa thèse.

**Je soussigné.e ………………..déclare avoir pris connaissance de l’avis sur ma demande de césure le: Signature du / de la doctorant·e** :

Page **- 3 -** sur **3**