

Nom .....

Prénoms .....

**DEMANDE DE MISSION COMPLEMENTAIRE du DOCTORANT CONTRACTUEL  
(enseignement – diffusion - valorisation – expertise)**

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2024 – 2025**

**Dossier de candidature **COMPLET** à adresser au Service des Etudes et Ecoles  
Doctorales du Pôle l'A.P.R.I.**

Par courriel : [etudes.doctorales@univ-orleans.fr](mailto:etudes.doctorales@univ-orleans.fr)

- Commission du 12/07/2024 **envoi au plus tard pour le 08/07/2024**
- Commission du 11/09/2024 **envoi au plus tard pour le 04/09/2024**
- Commission du 18/12/2024 **envoi au plus tard pour le 18/12/2024**

1<sup>ère</sup> demande

Renouvellement

1<sup>ère</sup> année de thèse

2<sup>ème</sup> année de thèse

3<sup>ème</sup> année de thèse

**COORDONNEES DU DOCTORANT**

- Numéro de portable .....
- Adresse électronique .....

**CONTRAT DOCTORAL** (un seul choix possible)

- Employeur  Université d'Orléans  CNRS  INRAe

**Date du contrat doctoral** : du ..... au .....

**THESE**

- Date de la première inscription .....
- Nom du directeur de thèse .....
- Laboratoire d'accueil .....
- Sujet de la thèse : .....

**ENGAGEMENT**

Je soussigné - e : .....  
- **sollicite mon recrutement** en qualité de doctorant(e) contractuel(le) avec mission(s)  
complémentaire(s) figurant dans l'/les annexes **dûment complété(es) de tous les avis et signatures**,  
sous réserve d'avis positif de la commission d'engagement et d'accord de Monsieur le Président de  
l'Université

NOM :

Prénom :

**IMPORTANT**

Vous pouvez exercer une des activités complémentaires seule ou combinées, à condition que le cumul de ces activités ne dépasse pas 1/6<sup>ème</sup> de la durée annuelle de travail.

64 heures équivalent TD équivalent à 32 jours d'une autre activité.

**Exemple** : vous pouvez combiner 32 h équivalent TD d'enseignement avec 16 jours d'expertise ou diffusion ou valorisation.

Indiquez votre choix dans le tableau ci-dessous :

Mission(s)	Nbr d'heures ou de jours	Documents à joindre
Enseignement		Annexe n°1
Diffusion – Valorisation - Expertise		Annexes n°2 et 2bis
<b>Total</b>		

- **accepte la/les mission(s)** qui me sera/seront confiée(s) au cours de l'année 2024/2025.

- **reconnais avoir pris connaissance des engagements** incombant au doctorant(e) contractuel(le) avec mission(s) complémentaire(s).

Date et signature :

VISA DU DIRECTEUR DE L'ECOLE DOCTORALE:

.....  
.....

Date :

Le directeur de l'ED

NOM :

Prénom :

## ANNEXE 1

### MISSION D'ENSEIGNEMENT Service d'enseignements confié au doctorant pour l'année 2024– 2025

Composante d'enseignement	Intitulé de l'enseignement	niveau et année ( L / M )	TD / TP	CM	Nom du responsable de l'enseignement	Visa du directeur de la composante
			Nombre d'heures total pour l'enseignement	Nombre d'heures total pour l'enseignement		

**TOTAL D'HEURES :**

*Pour information : 1 heure TD = 1 heure TP  
1 heure CM = 1.5 heure TD*

**Aucun dépassement de 64 h équivalent TD ne sera autorisé**

Avis \*: Signature du directeur-trice de thèse

Avis \*: Signature du directeur-trice de laboratoire

\* merci d'indiquer votre avis : favorable ou défavorable

NOM :

Prénom :

## ANNEXE 2

### MISSIONS Diffusion – Valorisation - Expertise

Type de mission Diffusion ou expertise ou valorisation	Etablissement d'accueil	Responsable du doctorant dans l'établissement d'accueil	Courriel du responsable	Nb de jours *	Période du ...au ...	Localisation

**TOTAL DE JOURS :**  
.....  
**\* maximum 32 jours**

**Avis\* :**  
Signature du **Responsable de  
l'organisme d'accueil -1**

**Avis\* :**  
Signature du **Responsable de  
l'organisme d'accueil -2**

**Avis\* :**  
Signature du **Responsable de  
l'organisme d'accueil -3**

**Avis\* :**  
Signature du **directeur-trice  
de thèse**

**Avis\* :**  
Signature du **directeur-trice  
de laboratoire**

\* merci d'indiquer : favorable ou défavorable

Pour information : la mise à disposition de doctorants contractuels donne lieu à l'établissement d'une convention tripartite (remplir l'annexe 2bis) et fera l'objet d'une facturation de la prestation (modalités définies dans la convention)

NOM :

Prénom :

**ANNEXE 2 bis**

**PRÉ-CONVENTION DE COLLABORATION  
MISSION DIFFUSION – VALORISATION – EXPERTISE D’UN DOCTORANT CONTRACTUEL**

(encadré à remplir par l’institution partenaire)

**Organisme d’accueil**

Nom de l’entreprise, de l’administration ou de la collectivité :

Adresse :

Statut :

N° Siret :

Code NAF :

Nom et prénom du référent :

Fonction :

Mail :

Téléphone :

**Mission**

Définition de la mission :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Durée : ..... (Rappel : \* maximum 32 jours au total)

Date de début envisagée : .....

Localisation de la mission : .....

(encadré à remplir par le directeur de thèse)

**Mission**

Intérêt pour la thèse :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Avis motivé :

.....  
.....  
.....