



DEMANDE DE DELIVRANCE DU DIPLOME PAR VOIE POSTALE

JE SOUSSIGNÉ.E :

Nom :	Prénom :
Nom d'usage :	
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	E-mail :

SOLLICITE L'ENVOI DU DIPLÔME CI-DESSOUS :

<input type="checkbox"/> LICENCE	Intitulé du diplôme : Lieu de formation :	Année d'obtention :
<input type="checkbox"/> MASTER	Intitulé du diplôme : Lieu de formation :	Année d'obtention :
<input type="checkbox"/> AUTRE	Intitulé du diplôme :	Année d'obtention :

PIÈCE À FOURNIR

<ul style="list-style-type: none"> • Une copie de votre pièce d'identité

Fait le :

Le :

Signature :