

Je soussigné(e) :

NOM(naissance)/Prénom :

Né(e) le : à :

Demeurant :

Adresse :

Code postal : Ville :

Demande au service de la Scolarité de la Faculté de médecine de m'envoyer à l'adresse ci-dessus, mon(mes) diplôme(s) définitif(s) suivant(s) :

..... obtenu durant l'année :

..... obtenu durant l'année :

..... obtenu durant l'année :

Je joins à cette demande :

- Le(s) certificat(s) provisoire(s) correspondant au(x) diplôme(s) définitif(s) demandés ;
- Un affranchissement pour un recommandé avec accusé de réception en format .pdf disponible à cette adresse : <https://www.laposte.fr/vignette-recommandee-en-ligne>
- Une copie de ma pièce d'identité

Fait le : à

Signature