

Procuration de retrait des diplômes définitifs ou certificats provisoires

Je soussigné(e) :

NOM(naissance)/Prénom :

Né(e) le : à :

Demeurant :

Adresse :

Code postal : Ville :

Autorise le service de la Scolarité de la Faculté de médecine à remettre à :

NOM (naissance)/Prénom :

Né(e) le : à :

Demeurant

Adresse :

Code postal : Ville :

Mon(mes) diplôme(s) certificat(s) provisoire(s) suivant(s) :

..... obtenu durant l'année :

..... obtenu durant l'année :

..... obtenu durant l'année :

Fait le : à

Signature