

DEMANDE DE RETRAIT DU DIPLOME DE MASTER
PAR CORRESPONDANCE

Monsieur Madame

Nom :

Nom marital :

Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :

.....

Ville : Code postal :

Pays :

Tél. fixe :Tél. portable :

E-mail :

Je sollicite par la présente demande le retrait du diplôme de Master :

Parcours – Majeure :

Année universitaire d'obtention :

**L'imprimé dûment rempli doit être retourné scanné, par mail, à la scolarité de la 5^e année
À l'adresse suivante : scol5a@sciencespobordeaux.fr**

Accompagné du scan de votre pièce d'identité officielle en cours de validité.

Date de la demande :

Signature obligatoire :