

DEMANDE DE RELEVÉ DE NOTES

N° de dossier étudiant		N° de téléphone	
Nom et prénom			
Adresse électronique			
Adresse postale			
	Année de formation <i>(L1, L2 et L3)</i>	Année universitaire <i>(2012-2013, 1988-1989)</i>	

Demande de diplôme à envoyer à :**Date et signature :**

Sorbonne Université - Faculté de Médecine
ORTHOPTIE – BC 2829
Bâtiment de Stomatologie
91 Boulevard de l'hôpital
75013 Paris 13

Ou

à anthony.berthet@sorbonne-universite.fr