

RETRAIT DU DIPLÔME PAR PROCURATION

Je soussigné(e) (le mandant),

NOM/Prénom(s)	
Date de naissance	
Lieu de naissance	
Adresse actuelle	

Donne procuration à (le mandataire),

NOM/Prénom(s)	
Date de naissance	
Lieu de naissance	
Adresse actuelle	

Pour retirer mon certificat de capacité d'orthoptie obtenu en

Fait à _____ le _____

Signature :