

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DIPLOME

(PAR VOIE POSTALE)

Identité du demandeur

Numéro d'étudiant (facultatif) : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Intitulé du (ou des) diplôme(s)

Année(s) universitaire(s)

Date :

Signature :

Documents à joindre

- photocopie de la **pièce d'identité**
- formulaire de demande**
- une **enveloppe cartonnée format A4 affranchie** à 6.62€ à vos nom et adresse, affranchie au tarif en vigueur en 2022 pour l'**envoi d'un recommandé avec accusé de réception** en France.

Adresse postale

Santé Sorbonne Université
Scolarité 3 - Pole DU DIU
« Les Cordeliers » Bât H
15, rue de l'École de médecine
75006 PARIS