



SERVICE DE LA SCOLARITE CENTRALE
25 rue Philippe Lebon
B.P. 1123
76063 LE HAVRE
Scolarite-centrale@univ-lehavre.fr

PROCURATION

Je soussigné(e) :

NOM ET PRENOM(S).....

Né(e) le/...../..... à.....

Demeurant (adresse permanente).....

Autorise Mme, M.....

A retirer mon (mes) diplôme(s) de :

.....année.....

.....année.....

.....année.....

Fait à, le

Signature du Mandant :

Pièces à présenter obligatoirement

Photocopie d'une pièce d'identité du titulaire du (des) diplôme(s)

Photocopie d'une pièce d'identité du mandaté

(ces documents seront conservés par l'administration)