

Scolarité LMD Santé

Espace 5D – Bureau I et J

1) Recevoir votre diplôme par courrier :

Adressez-nous votre demande par courrier simple, à:

Scolarité LMD Santé
Collège Sciences de la Santé - Espace 5D
146, rue Léo Saignat – Case 148 – CS 61292
33076 Bordeaux Cedex

Cette demande devra être accompagnée :

- D'une enveloppe format A4 + (24x32), complétée à votre nom et adresse, **affranchie au tarif en vigueur pour une lettre recommandée avec accusé de réception jusqu'à 100g** (France métropolitaine, DOM et TOM)
- D'un formulaire de recommandé avec accusé de réception, complété à votre nom et adresse (*merci de ne pas le coller sur l'enveloppe*)
- Du formulaire ci-joint, complété et signé.
- D'une copie de votre carte d'identité.

Pour un envoi à l'étranger :

Adressez-nous votre demande **par mail** à l'adresse suivante : scolarite.lmd.sante@u-bordeaux.fr
accompagné obligatoirement du formulaire joint dûment complété et signé.

2) Récupérer votre diplôme en présentiel :

Présentez-vous au service de gestion des cursus étudiants (Bâtiment : Espace 5D – **Pote I ou J**) muni de votre carte d'identité.

3) Retrait de diplôme par procuration :

La personne que vous avez désignée comme mandataire se présente au service de gestion des cursus **étudiants scolarité LMD Santé**, munie des documents suivants :

- Le formulaire ci-joint, rempli et signé (n'oubliez pas de remplir la partie « *retrait du diplôme par procuration* »)
- La carte d'identité du mandataire.
- une copie de la carte d'identité de l'étudiant(e) diplômé(e).

**Formulaire de retrait ou
d'envoi de diplôme**
(cf. notice explicative)

Intitulé exact du diplôme:

.....

Année universitaire :

Identification de l'étudiant

Numéro étudiant :

--	--	--	--	--	--	--	--

Nom : Nom d'usage :

Prénoms :

Date de Naissance : Lieu de naissance :

Mail : Téléphone :

Adresse d'envoi :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville : Pays :

Je déclare sur l'honneur être l'étudiant concerné par la demande de ce document.

Date et signature (obligatoire)

Retrait du diplôme par procuration

Je soussigné(e)

Donne procuration à Mr/Mme, qui certifie avoir bien
récupéré le diplôme ci-dessus désigné à la scolarité **LMD Santé**

Fait à :, le :

Signature de l'étudiant:

Cadre réservé à l'administration

Diplôme envoyé le :

AR n° :