

FORMULAIRE DE PROCURATION

Retrait d'un diplôme

Je soussigné(e),

Madame Monsieur

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Né(e) le :

À :

Domicilié(e) à :

Adresse courriel :

Ayant obtenu le-les diplôme-s de :

Type de diplôme	Mention / Parcours / Spécialité	Année universitaire d'obtention

Donne expressément pouvoir par la présente procuration à :

Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Domicilié(e) à :

D'agir en mon nom auprès de l'INSPE Clermont Auvergne pour retirer le-s diplôme-s susvisé-s.

Fait le _____, à _____

Signer et faire précéder la signature de la mention "bon pour pouvoir"
Signature