



DEMANDE DE RETRAIT DE DIPLOME

Intitulé du diplôme :

Année d'obtention :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

CP : Ville

Adresse mail :

Fait le :

Signature :

Recommandé à envoyer à (si différent) :

Envoyer ce document à :

IUT Laval
Service scolarité – retrait diplôme
52 rue des Drs Calmette & Guérin
BP 2045
53020 LAVAL CEDEX 9

**Accompagné de 6,50 € en timbres (pour un envoi en recommandé)
et de la copie d'une pièce d'identité**

Réservé à l'administration :

Recommandé en AR n :

Enregistrement n° :

Envoyé le :