

Scolarité D.U. Santé

[scolarite.du-sante@u-bordeaux.fr](mailto:scolarite.du-sante@u-bordeaux.fr)

**1) Recevoir votre diplôme par courrier :**

Adressez-nous votre demande par courrier, à:

Scolarité D.U. 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 à **7,48€** (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.du-sante@u-bordeaux.fr](mailto:scolarite.du-sante@u-bordeaux.fr) accompagné obligatoirement du formulaire joint dûment complété et signé.

**2) Récupérer votre diplôme en présentiel :**

Prendre un RDV : <https://rendezvous.u-bordeaux.fr/centre/coll%C3%A8ge-sant%C3%A9-du>

Présentez-vous au service de gestion des cursus étudiants (Bâtiment : Espace 5D – 1<sup>er</sup> étage) muni de votre carte d'identité.

**3) Retrait de diplôme par procuration :**

La personne que vous avez désignée comme mandataire se présente après avoir pris RDV au service de gestion des cursus étudiants D.U. 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 de diplôme

**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 DU/DIU et Capacités en Médecine

Fait à : \_\_\_\_\_, le : \_\_\_\_\_

Signature de l'étudiant:

Cadre réservé à l'administration

Diplôme envoyé le :

AR n° :